

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE2016

Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE

du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES

DE PSYCHIATRIE

(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 13 Octobre 2016 à Poitiers
par **Mme Chloé Ancelin**

Vécu des soins psychiques par les mères « borderline » dans le post-partum

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Membres : Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari

Monsieur le Professeur Jacques Dayan

Madame le Docteur Violette Changeur

Directeur de thèse : Madame le Docteur Carole Chevalier

Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens
Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy

Professeur associé des disciplines médicales

- ROULLET Bernard, radiothérapie

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONToux Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel,

Vous m'avez fait l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Merci pour la qualité de votre enseignement, votre disponibilité et de nous avoir transmis votre passion des troubles de la personnalité.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Carole Chevalier,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger mon travail.

Merci pour votre transmission passionnée de ce métier, votre grande disponibilité, votre bienveillance et votre confiance.

Que ce travail soit la reconnaissance de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Nematollah Jaafari,

Vous m'avez fait l'honneur de juger mon travail.

Merci pour la qualité de votre enseignement et vos recherches novatrices sur la psychiatrie.

Veillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jacques Dayan,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Votre participation et votre contribution au champ de la périnatalité contribuent à la richesse de ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

A Madame le Docteur Violette Changeur,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.

Un profond merci pour vos conseils, votre bienveillance, votre aide précieuse et de nous avoir transmis votre passion pour la périnatalité.

Que ce travail soit le gage de ma profonde gratitude.

Merci à toute l'équipe de pédopsychiatrie de liaison pour leur aide et leur accueil toujours chaleureux.

Merci à tous mes collègues du CMPEA du Pré-Médard pour leur gentillesse, pour les discussions cliniques et le travail réalisé ensemble.

Merci à Nejda, Sandrine, Johanne, Gaelle, Sandie pour notre travail ensemble et les soirées détentes.

Un immense merci à Mona, Lamia pour leur présence bienveillante, leur soutien, leur amitié et les schoko-bons que nous avons partagé. J'espère en partager encore longtemps avec vous.

Un profond merci à Laure pour son amitié, sa patience, ses conseils précieux, sa gentillesse, les soirées mojitos et sa mobilisation qui m'a sauvé la vie.

Merci du plus profond de mon coeur à Renaud, pour sa présence à mes côtés, son écoute, son calme, sa capacité à me faire rire de tout et à me réchauffer le coeur d'un simple sourire.

Un immense merci à Prune, pour son écoute, pour nos appels interminables, pour les encouragement et le réconfort. Merci d'être là.

Merci à toute ma famille et plus particulièrement à ma mère pour son soutien tout au long de mes études, dans les réussites comme dans les échecs.

Enfin, un grand merci à toutes les femmes et à leurs enfants en devenir, en particulier à celles qui ont gentiment accepté de participer à ce travail.

Sommaire

1	Introduction Générale.....	6
2	Première partie :Le trouble de la personnalité borderline.....	9
2.1	Introduction :La personnalité état limite, borderline,émotionnellement labile et nosographie.....	9
2.2	Rappel historique.....	11
2.2.1	La clinique psychiatrique.....	11
2.2.2	Psychanalyse.....	13
2.3	La définition actuelle.....	17
2.4	Epidémiologie.....	19
2.5	Clinique.....	21
2.5.1	Analyse descriptive : les symptômes de présomption.....	21
2.5.1.1	L'angoisse.....	21
2.5.1.2	Phobie multiples.....	22
2.5.1.3	Symptômes obsessionnels :.....	22
2.5.1.4	Symptômes de conversion multiples.....	22
2.5.1.5	Réaction dissociative.....	23
2.5.1.6	Hypocondrie.....	23
2.5.1.7	Tendances paranoïdes et hypocondriaques.....	23
2.5.1.8	La dépression :.....	23
2.5.1.9	Le passage à l'acte et les conduites antisociales.....	25
2.5.1.10	La relation de dépendance.....	25
2.5.1.11	Les épisodes psychiatriques aigus.....	25
2.5.2	L'analyse structurale.....	26
2.6	Psychopathologie.....	27
2.6.1	Le clivage.....	27
2.6.2	L'idéalisation primitive.....	29
2.6.3	L'identification projective.....	29
2.6.4	L'intégration du moi et des relations d'objets.....	30
2.7	L'origine du trouble de la personnalité borderline.....	32
2.7.1	Les interactions précoces dans la genèse du trouble de la personnalité borderline.....	32
2.7.2	Trouble de l'Attachement et genèse du trouble de la personnalité borderline.....	36
2.8	La grossesse et la maternité.....	40
2.8.1	Le désir d'enfant.....	40
2.8.2	Les phases de la grossesse.....	43
2.9	La grossesse et la parentalité borderline.....	46
2.9.1	La grossesse : des remaniements identitaires figés.....	46
2.9.2	Les interactions mère-enfant : une discontinuité précoce.....	47
2.9.3	Les représentations mentales des femmes pendant la grossesse.....	49
2.9.3.1	Résumé : les difficultés traversées par les mères borderlines pendant la grossesse.....	51
2.10	L'accompagnement de la parentalité borderline.....	53
2.10.1	L'utilisation du système de soin par les patients borderlines.....	54
2.10.2	Les attentes vis à vis des soins et le vécu des soins par les patients borderline dans la littérature.....	58

2.10.2.1	Les attentes vis à vis des soins.....	58
2.10.2.2	Le vécu des soins par les patients borderline.....	60
2.10.3	La prévention et le réseau périnatal.....	63
2.10.4	L'accompagnement de la parentalité borderline sur Poitiers.....	64
2.10.4.1	Le parcours de soin de la grossesse au Post-partum.....	64
2.10.4.2	L'équipe de liaison de pédopsychiatrie sur la maternité.....	66
2.10.4.3	Le CMPEA petite enfance.....	67
2.10.4.4	L'unité mère/enfant.....	68
3	Deuxième partie : Méthodologie de la recherche et résultats.....	69
3.1	La problématique, les hypothèses générales et la question.....	69
3.2	Matériel et méthode.....	72
3.2.1	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	72
3.2.1.1	Critères d'inclusion.....	72
3.2.1.2	Critères d'exclusion.....	72
3.2.2	Etude principale.....	72
3.2.2.1	Recrutement.....	72
3.2.2.2	Déroulement de l'étude.....	73
3.2.2.2.1	Outils d'évaluation.....	73
3.2.2.2.2	Déroulement du premier entretiens.....	74
3.2.2.2.2.1	Première partie du premier entretien.....	74
3.2.2.2.2.2	Deuxième partie du premier entretien.....	74
3.2.2.2.3	Déroulement du deuxième entretien.....	75
3.2.3	Etude secondaire : étude des dossiers.....	76
3.2.4	Etude tertiaire : enquête auprès des médecins généralistes.....	77
4	Résultats.....	80
4.1	Etude principale.....	80
4.1.1	Cas clinique n°1.....	80
4.1.1.1	Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents.....	80
4.1.1.2	Éléments de la clinique borderline.....	82
4.1.1.3	Vécu de la grossesse, de la naissance et du post-partum.....	85
4.1.1.4	Rapports aux soins et aux soignants.....	87
4.1.1.4.1	Ressenti par rapport au suivi.....	87
4.1.1.4.2	Sens mis sur les soins.....	88
4.1.1.4.3	Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins.....	89
4.1.1.4.4	Sont-elles satisfaites de leur relation avec le bébé ?.....	90
4.1.2	Cas clinique n°2.....	91
4.1.2.1	Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents.....	91
4.1.2.2	Éléments de la clinique borderline :.....	93
4.1.2.3	Vécu de la grossesse, de la naissance et du post-partum.....	97
4.1.2.4	Rapport aux soins et aux soignants.....	98
4.1.2.4.1	Ressenti par rapport au suivi.....	98
4.1.2.4.2	Sens mis sur les soins.....	98
4.1.2.4.3	Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins.....	99
4.1.2.4.4	Est elle satisfaite de la relation avec Candice ?.....	99
4.1.3	Cas clinique N°3.....	101
4.1.3.1	Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents.....	101
4.1.3.2	Éléments de la clinique borderline.....	103
4.1.3.3	Le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.....	107
4.1.3.4	Rapport au soin et aux soignants.....	108

4.1.3.4.1 Ressenti par rapport à la proposition de suivi.....	108
4.1.3.4.2 Sens mis sur les soins.....	108
4.1.3.4.3 Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins.....	109
4.1.3.5 Est elle satisfaite de la relation avec Maeva ?.....	110
4.2 Etude secondaire : étude de dossier.....	112
4.2.1 Les freins des soignants pour adresser les patientes.....	112
4.2.2 Étude des dossiers des 22 patientes.....	113
4.3 Etude tertiaire : réponses des médecins généralistes.....	115
5 Discussion.....	120
5.1 Limites et biais.....	120
5.1.1 Les biais.....	120
5.1.1.1 Biais de sélection.....	120
5.1.1.2 Le biais d'information :.....	121
5.1.1.3 Biais méthodologiques.....	122
5.1.1.4 Biais de confusion.....	122
5.1.2 Limites.....	123
5.1.2.1 Un manque de temps et de moyens.....	123
5.1.2.2 Difficultés de recrutement.....	123
5.2 Apport des entretiens sur le vécu des mères borderline.....	124
5.2.1 Une rencontre qui n'a pas pu se faire.....	124
5.2.1.1 Freins à l'inclusion dans notre étude.....	124
5.2.1.2 Difficultés d'adressage des médecins généralistes vers le réseau de soin.....	125
5.2.2 Le vécu des soins.....	126
5.2.3 Le manque de sens mis par les patientes sur les différents espaces de soins.....	127
5.2.4 Le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.....	129
5.2.4.1 Emotions et changements corporels.....	129
5.2.4.2 Adaptation aux différentes étapes de la grossesse.....	129
5.2.4.3 Les remaniements identitaires.....	130
5.2.4.4 Interactions mère-enfant.....	130
5.3 Perspectives.....	131
5.3.1.1 L'accès aux soins et l'orientation des patientes.....	131
5.3.1.2 Comment favoriser l'accès aux soins ?.....	131
5.3.1.3 Comment améliorer l'orientation des patientes ?.....	133
5.3.2 La prévention et le lien avec les médecins généralistes.....	134
6 Conclusion.....	136
7 Bibliographie.....	138

1 Introduction Générale

L'idée de ce travail s'est construite autour de notre parcours clinique, au cours duquel nous avons pu rencontrer des patientes ayant un trouble de la personnalité Borderline. Durant notre stage d'internat en hors filière de pédiatrie à la protection maternelle et infantile, nous avons constaté que nous étions fréquemment interpellée par les sages-femmes pour rencontrer en prénatal des mères présentant des signes de dépression et des symptômes anxieux sur un terrain de trouble de la personnalité borderline. Celles-ci, bien qu'étant correctement repérées par les sages-femmes, accédaient rarement à des consultations avec un psychiatre ou pédopsychiatre sur le secteur ou en libéral. On notait la réticence des mères à se rendre à une consultation avec un psychiatre mais aussi de façon surprenante que les professionnels de PMI pouvaient être en difficulté pour les accompagner dans cette démarche. Il semble que la présence d'un soignant « psy » à la PMI a rendu plus facile pour ces mères l'accès aux soins et a permis d'en orienter quelques-unes sur une consultation extérieure.

Nous nous sommes donc posé trois questions :

- Quelle serait la place pour un psychiatre en PMI ?
- Peut on agir en prénatal pour aider les femmes borderline qui traversent des difficultés
- Comment agir sur les représentations de la psychiatrie de ces mères qui ont un trouble de la personnalité ?

Notre première idée a été de proposer une prise en charge de groupe en prénatal au niveau de la PMI pour que les futures mères souffrant d'un trouble de la personnalité borderline puissent commencer à évoquer leurs difficultés aux soignants (un psychiatre et une sage femme) en étant étayées par le groupe. Nous avons pensé ce dispositif en s'appuyant sur la théorie de Bion (1): la fonction contenant du groupe permettant d'accueillir les projections et les angoisses des mères et de pouvoir commencer à qualifier/élaborer leurs ressentis. Notre objectif final étant de travailler sur l'alliance et pouvoir les adresser vers les soins psychiques. De plus la prise en charge groupale nous semblait adaptée car moins menaçante qu'un entretien individuel. Ce projet bien qu'ayant enthousiasmé dans un premier temps l'équipe de la PMI n'a pas pu être mené jusqu'au bout car l'équipe ne pensait pas trouver le temps et l'espace

nécessaires pour assurer la continuité du groupe. De plus les sages-femmes semblaient appréhender de proposer un « soin psychiatrique » à ces mères, expliquant que celles-ci refuseraient et que ce serait une perte de temps et d'énergie. On peut donc penser que l'orientation des futures mères vers le soin psychiatrique est effectivement complexe et difficilement portée par les équipes dans le cadre de la PMI.

Ensuite, lors de notre stage à la maternité de Poitiers nous avons pu rencontrer des mères État Limites qui avaient pu être adressées avec succès par la PMI ou les sages-femmes vers un accompagnement psychique. Celles-ci acceptaient des consultations pour les accompagner durant et après la grossesse mais le suivi était discontinu et elles semblaient mettre peu de sens sur le travail de la relation avec le bébé.

Nous nous sommes alors questionnées sur les formes de prise en charge les plus adaptées pour les mères souffrant d'un trouble de la personnalité Borderline dans le pré et post-partum et plus spécifiquement sur post-partum (difficultés à les rencontrer dans le pré-partum). Il nous semble qu'il est nécessaire pour répondre à cette question de recueillir à la fois l'expérience des professionnels mais aussi le ressenti des patientes et leurs attentes du soin.

Finalement à la lumière de nos lectures nous nous sommes recentrée sur cette question : comment pacifier la rencontre de la future mère État Limite avec le pédopsychiatre, pour qu'elle ne soit pas stigmatisante pour les futures mères et qu'elles puissent mettre un sens au suivi pédopsychiatrique ? Notre démarche est donc de replacer la patiente au centre du soin, recueillir ses besoins et de la dégager du désir et des projections des soignants concernant les soins.

L'objectif de notre étude est donc d'aller à la rencontre de ces mères pour qui une indication de suivi psychiatrique dans le post post-partum est posée, en tentant de se rapprocher de leur propre expérience et de leur propre vécu, au travers de leurs témoignages. Au travers de ces témoignages, du recueil de leurs craintes et de leurs angoisses nous essayerons de donner un éclairage et des pistes à la prise en charge des mères Borderline dans

le post post-partum.

Rencontrer ces mères pourtant déjà présentes dans le dispositif de soin a été complexe, nous avons été confronté au faible nombre de mères rencontrées sur la maternité et aux difficultés de l'institution pour nous adresser ces patientes. Nous avons du accepter que la structure de notre protocole change de forme plusieurs fois, devienne polymorphe en miroir de la symptomatologie de nos patientes. Devant le faible recrutement, il nous a semblé pertinent de rajouter au protocole une enquête auprès des médecins généralistes pour savoir si ils rencontraient les mères souffrant de trouble de la personnalité borderline et si ils connaissaient les structures de soin ou les adresser.

2 Première partie :Le trouble de la personnalité borderline

2.1 Introduction :La personnalité état limite, borderline,émotionnellement labile et nosographie

Le trouble de la personnalité Etat Limite est fréquent, polymorphe dans son expression et parfois être marqué par sa sévérité, il est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques et à un pronostic assombri par les gestes suicidaires(2). Les patients présentant ce trouble de la personnalité consultent plus fréquemment et mobilisent un grand nombre de médecins. Aux Etats Unis, le trouble de la personnalité borderline représenterait 1,3 % de la population, taux aussi élevé que celui du trouble bipolaire de type 1(2).

Le trouble de la personnalité borderline a été l'objet de nombreuses études psychanalytiques et psychopathologiques concernant autant le polymorphisme de sa symptomatologie que l'analyse de son fonctionnement psychique. En effet, selon *Chabert* : « sur le plan métapsychologique : ces fonctionnements soulèvent des questions centrales autour de la perception et de la projection, de la dialectique du dedans et du dehors »(3).« Certaines organisations limites de la personnalité, non décompensées, fonctionnent sans difficulté excessive, alors que d'autres, infiniment plus fragiles, s'engagent dans des vies « galères » ou la psychiatrie peut occuper une fonction importante,répétitive.(...) Il y a donc au sein de ces modalités de fonctionnement psychique, un large éventail allant du plus pathologique au plus souffrant, au mieux être possible ».(3)

L'entité clinique « Etat limite » a été décrite dès le XX ième siècle et a été mise du côté de la névrose puis de la psychose et de la psychopathie, pour peu à peu s'individualiser et apparaître telle qu'on la connaît dans la classification DSM4. Ainsi la question des troubles de la personnalité borderline reste toujours en suspend quant à sa nosographie. A quoi doit on les rattacher ? *Marie Camille Genêt* cite *Morey* dans sa thèse : « Utiliser une définition catégorielle des troubles de la personnalité fait courir le risque d'un diagnostic restreint et formel qui semble parfois peu adapté à la clinique »(4). Une approche plus fine est donc

nécessaire pour la clinique. Le Pr *Marcelli* reconnaît sous la diversité et la richesse des abords psychopathologiques de ces patients une certaine identité clinique dans les descriptions qu'en donnent les auteurs, même s'ils le font avec un certain flou(5). Les causes du trouble borderline sont complexes et restent incertaines, aucun modèle n'a été capable pour l'instant d'intégrer toutes les données existantes dans la littérature.

Les pathologies limites sont le plus souvent regroupées dans la littérature sous l'intitulé de trouble de personnalité Borderline. Dans notre écrit nous admettons que ces derniers ont des caractéristiques semblables. La discussion sur le concept de troubles Etats-Limites versus la définition sémiologique du trouble de personnalité Borderline est hors du champ de cet écrit.

Plusieurs auteurs ont tenté de définir les Etats Limites à travers les courants psychiatriques et psychanalytiques : ceux ci représenteraient un état, une organisation, une lignée structurelle, une astructuration, ou un fonctionnement (6).

Chabert se pose la question suivante : « S'agit il d'une organisation spécifique ou d'un état intermédiaire composite d'astructuration, de désorganisation, ou fait de structures partielles, de potentialité de réorganisation sur des modes divers ? « Aux limites du fonctionnement normal et névrotique, l'état limite se définirait par l'importance de la problématique de la limite sous différents angles : dedans/dehors, intérieur/extérieur, soi/hors soi/ imaginaire et réel (7). « La personnalité limite est alors caractérisée par l'instabilité, le polymorphisme des troubles, les fonctionnements mal organisés comportant des mécanismes de type psychotiques sans psychose et sans exclure la névrose » (7) La théorie des états limites a souvent eu recours à la théorie *Kleinienne* de l'universalité des « stades psychotiques précoces ».

Selon *Laugier*, du point de vue psychiatrique, les états limites se situent au carrefour de la schizophrénie, de la névrose et de la psychopathie, et ces sujets sont capables d'évoluer vers une psychose franche et caractérisée(8).

Du point de vue psychanalytique, c'est à travers la pratique de la cure type que va émerger la notion d'état-limite : derrière des troubles d'apparence névrotique ou caractérielle, le travail fait émerger des défenses et/ou symptômes psychotiques. Ils seront appelés « groupe borderline des névroses » par *Stern*, « Borderline personality organizations » par *Kernberg*,

« Borderline syndrome » par *Grinker*, les « psychotic characters » par *Frosch* , « personnalité comme si ou as if » par *Deutsch*.

Bergeret quand à lui propose que l'état limite serait une entité originale, ni névrotique, ni psychotique(9).

2.2 Rappel historique

2.2.1 La clinique psychiatrique

La première description d'une forme d'état Borderline est ancienne et remonte à *Hughes* en 1884 : « l'état frontière entre la folie comprend de nombreuses personnes qui passent leur vie entière auprès de cette ligne, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre »(6).

Le terme « personnalité borderline » a été proposé pour la première fois aux États Unis par *Stern* en 1938. Il décrit des patients de la façon suivante : « [they] fit frankly neither into the psychotic nor into the psychoneurotic group » (ces patients ne correspondent ni à la famille des psychoses ni à la famille des névroses) (10). Il décrit ces patients comme résistant au traitement analytique et présentant des troubles narcissiques graves (11). De plus il insiste sur l'impulsivité et l'anxiété majeures de ces sujets présentant une insécurité intérieure permanente (11)

Au début du 20 ième siècle, le trouble Borderline n'est pas considéré comme indépendant du groupe des schizophrénies. *Freud* identifie cette forme clinique comme « manifestement proche des psychoses »(11).

Selon *Chabert*, une des sources historiques de la question des états limites est la description des prépsychoses, et plus précisément des formes infra cliniques de psychose. En effet les psychiatres français et germaniques ont pu isoler à des tableaux cliniques se situant par leur aspect ou leur évolution à la limite des cadres nosographiques trop rigoureusement délimités (12). Ces formes ont constitué une pré définition de l'état limite issue de la réflexion clinique et nosographique.

A partir de là, d'autres termes voient le jour : la schizophrénie ambulatoire, la schizophrénie pseudo névrotique, les états mixtes transitionnels et schizophréniques. Ces formes se rapprochent de l'Etat limite actuel au niveau clinique mais sont différentes au niveau

nosologiques, celles-ci étant toujours rapprochées du groupe des psychoses (7).

Le terme de psychose apparaît sous la plume du psychiatre viennois *von Feuchtersleben* en 1845(6). Il est symétrique du concept de névrose, introduit par *Cullen* en 1776(6).

C'est *Kalhbaum* (psychiatre Allemand de l'école de *Kraepelin*) qui a contribué à la description des différentes formes de démences précoces et des différentes formes de schizophrénies (hébéphréniques, paranoïdes et catatoniques)(7). Il va décrire en 1860 la *paraphrenia hebetica* que son élève *Hecker* va isoler comme hébéphrénie(6). Il décrit l'hébétophrénie comme ressemblant par certains traits à la démence précoce et dans laquelle tend à prévaloir les conduites antisociales et les délinquances(7).

La synthèse des différentes descriptions va être opérée par *Kraepelin*, dans la sixième édition de son traité en 1899 (6). Il va regrouper sous le terme de démence précoce les trois entités d'hébéphrénie, de catatonie et de démence paranoïde, cette dernière étant issue des diverses formes de délire chronique(6). L'argument fondamental de ce regroupement était le début à un âge précoce et l'évolution vers un affaiblissement intellectuel(6). *Kraepelin* a admis en 1912 que certaines formes délirantes à évolution chronique et de nature systématisée ne rejoignent pas l'évolution déficitaire terminal de la forme paranoïde de la démence précoce(6). Il va créer le groupe des paraphrénies, terme qui va remplacer celui de paranoïa quand celui-ci désigne un délire chronique systématisé(6).

Bleuler en 1911 a permis l'abandon de la notion de « démence précoce » pour y substituer celle de schizophrénie sous l'influence, en partie, de la théorie psychanalytique(7). Il met en avant la dissociation intrapsychique (dissociation de la pensée, de l'affectivité) comme symptôme primaire dont dérivent les symptômes secondaires tels que le délire, les hallucinations ou la catatonie(7). « J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que, comme j'espère le montrer, la scission des fonctions psychiques les plus diverses est l'un des caractères les plus importants »(6).

On peut retrouver à travers la nosographie ces formes « de l'entre deux » qui traduisent la réticence de leurs auteurs à authentifier l'existence d'une troisième structure autonome ou d'une forme de transition entre névrose et psychose. *Bleuler* a décrit la schizophrénie latente qui est une forme de schizophrénie qui peut ne jamais devenir manifeste, ou la schizophrénie ambulatoire de *Zilboorg* ou la schizophrénie pseudo névrotique de *Hoch et*

Palatin, schizophrénie frustrée ou schizophrénie larvée(7). *Ey* a décrit la schizonévrose : « sur un fond de schizoïdie peut se produire une évolution non plus lentement progressive, mais explosant par poussées successives entre lesquelles le sujet, guéri de sa poussée psychotique, reprend l'existence névrotique ». On retrouve également dans ces formes les délires curables de *Magnan*, les formes atténuées de démence précoce de *Kraepelin*, l'héboïdophrénie de *Kahlbaum*, la schizoïdie de *Kretschmer*(13) .

On peut se poser la question suivante pour ces différentes « formes » : sont-elles des états prémorbides de la schizophrénie ? ou quelque chose de différent qui n'aboutit pas à la schizophrénie. Un certain nombre d'auteurs ont décrit ces états comme pouvant continuer, la vie durant, dans une certaine stabilité dans l'instabilité(7).

En 1939, *Claude* a proposé le concept de schizonévrose repris par *Ey* en 1955 qui recouvre la sémiologie de ces états limites. La schizonévrose regroupe la coexistence de comportements névrotiques polymorphes, empruntant aux structures hystériques, obsessionnelles et aux personnalités psychopathiques avec des décompensations psychotiques survenant par crise ou sous forme de bouffées délirantes ou d'épisodes discordants.

2.2.2 Psychanalyse

C'est le souci de l'époque de distinguer névrose et psychose qui a relancé aux Etats-Unis dans les années 1940, le concept de pathologie borderline(12).

Dans les années 70, grâce aux expériences de cure-type, on a pu individualiser l'entité nosographique borderline de la schizophrénie. Le concept borderline réapparaît aux Etats-Unis en 1940, après la constatation en cure analytique, chez des patients névrotiques d'un transfert particulier altérant gravement la relation patient/thérapeute. Cette distorsion de la dynamique de la relation a été appelée psychose de transfert.

En 1938, *Stern* décrit les borderline cases comme des sujets qui n'appartiennent ni à la névrose, ni à la psychose, et pour lesquels la cure psychanalytique doit subir des aménagements(7). *Stern* évoque une hyper-sensibilité et une altération de l'estime de soi liées à une faille narcissique. La sensibilité de ces patients aux critiques bloquerait le courant associatif (13)

Le questionnement à l'époque veut différencier d'une part :

- La notion d'état limite comme un mode d'organisation spécifique : stable dans son instabilité, d'emblée opposable aux névroses et aux psychoses(7).
- Ou la notion d'état limite comme « un niveau de fonctionnement potentiellement universel » qui pourrait se manifester dans les psychanalyses approfondies de patients névrosés. (7).

Ferenczi a été un des premiers à travers son travail sur le traumatisme à permettre une compréhension des états Limites. Il a introduit l'idée d'une catastrophe primaire où la mère n'a pas pu répondre à la détresse du nouveau né, et ce de manière répétée(14). « La blessure fondamentale se situe au niveau du Moi, qui s'en défend avec le clivage et le déni » (6)

En 1942, *Deutch* va évoquer la personnalité : as if qui sera reprise plus tard par *Winnicott* : faux self .Selon elle les individus ayant une personnalité as if ont une relation émotionnelle avec le monde extérieur et leur propre moi absente. Ce type de personnalités du point de vue de l'examineur donne l'impression que l'ensemble des relations manquent de naturel. Ces personnes ont quelque chose d'intangible, d'indéfinissable qui amène toujours à se demander ce qui ne va pas chez eux, ce qui manque d'authenticité (13).

Schmideberg décrit en 1959 l'état limite comme une organisation stable dans l'instabilité. Elle insiste sur le défaut de régulation émotionnelle et de tolérance à l'anxiété et leur tendance à l'agir destinés à lutter contre le vide intérieur(13).

En 1968 *Grinker* décrit quatre composantes fondamentales de ce syndrome : l'agressivité, le mode de relation anaclitiques, le trouble de l'identité et une forme de dépression. Grâce aux affects mis en jeu dans la relation thérapeutique, il différencie quatre sous groupes de patients : les états limites psychotiques, le noyau de l'état limite, les personnalités « as if » et les états limites névrotiques (13).

On retrouve de nombreuses dénominations en psychanalyse dont les contours restent floues : Les psychanalystes ont également essayé de qualifier cette entité clinique : les prépsychoses de *Diatkine*, les prégénitaux de *Bouveret*, la personnalité as if de *Deutch*, la personnalité en faux self de *Winnicott*, La psychose blanche de *Green*, l'aménagement limite de *Bergeret*, L'organisation limite de *Kernberg*, le fonctionnement limite de *Chabert* (11)

En 1975, *Kernberg* a apporté la plus importante contribution psycho-dynamique à la description des états limites. Il préfère le terme d'organisation à celui d'état qu'il décrit comme un état instable au sein d'une structure stable(6). Il propose un modèle d'organisation de la personnalité en prenant en considération 5 axes dimensionnels et catégoriels : le degré d'intégration du Moi, le degré de développement du surmoi, la gravité du traumatisme ou de l'agression, l'axe dimensionnel : extraversion/introversion et enfin la dysrégulation thymique entre euphorie et dépression(6).

En France, c'est *Bergeret* qui a développé une théorie générale de la construction limite de la personnalité. Contrairement à *Kernberg*, il évoque une astructuration. Il considère l'état limite comme une « 3ième lignée psychopathologique entre la névrose et la psychose »(15). L'état limite serait à comprendre comme une « non structure », une mode de fonctionnement fondamental de la personnalité qu'il appelle « économie limite ».

Selon *Bergeret*, c'est au moment où s'engage l'évolution oedipienne que les sujets subissent un traumatisme vecteur de l'organisation limite de personnalité(16). Ce traumatisme serait lié au fait que le Moi encore insuffisamment constitué est confronté trop précocement à des données oedipiennes(16). L'enfant rentre brutalement dans une situation oedipienne à laquelle il n'est pas préparé, il lui sera alors « impossible tout autant de s'appuyer sur l'amour du père pour supporter les sentiments hostiles envers la mère, qu'inversement, à un autre moment, de s'appuyer sur l'amour de la mère pour négocier sa haine du père »(9). Ainsi cette expérience traumatique précoce va perturber l'évolution libidinale qui se trouve alors « figée dans une pseudo latence plus précoce et plus durable que la latence normale »(16). C'est ainsi que *Bergeret* décrit l'entrée dans « le tronc commun aménagé état Limite »(16). Les relations d'objet vont être centrées sur la « dépendance anaclitique à l'autre » et de ce fait la relation duelle est prépondérante dans les états Limites contrairement à la relation dyadique psychotique (fusion) et à la relation névrotique triangulée(6). « Il s'agit d'être distinct de l'objet tout en étant tout contre et d'appuyer dessus. »(16) « Les imagos parentaux sont bien perçus comme distincts mais se trouvent dans une relation symétrique par rapport au sujet, c'est à dire sans représentation suffisante, ni de différence de relation de l'un à l'autre, ni de relation entre les deux parents »(6).

Selon *Bergeret* l'évolution des états-limites peut se faire de façon aiguë après un second traumatisme. Les défenses archaïques du moi se trouvent débordées et un nouveau système défensif se met en place : les voies névrotiques, psychotiques ou psychosomatiques seront

prises en fonction des degrés d'organisation des autres instances psychiques(16). Ceci éclaire la clinique où on retrouve un polymorphisme de la symptomatologie.

Widlöcher a, tout comme *Kernberg*, privilégié le terme d'organisation à celui de structure. Il a différencié les structures névrotiques et les organisations limites par leur modalité de représentation du soi et des objets. Il a notamment décrit le rôle décisif des mécanismes de projection dans la gestion pour le patient des relations interpersonnelles (17).

Winnicott a décrit l'espace transitionnel qui correspond à la possibilité offerte au bébé de l'utilisation d'un espace qui permettra de tenir lieu de mère interne quand la mère est absente. L'absence ou l'omniprésence de la mère va venir empêcher d'internaliser cet objet interne, c'est à dire de rendre présent de manière hallucinatoire l'objet absent. Le défaut de cette fonction selon *Winnicott* en 1958 aboutit à une incapacité d'être seul qui caractérise les états-limites, débouchant sur des angoisses massives d'abandon et d'intrusion(18). La crainte de l'effondrement conduit à des aménagement défensifs de personnalité en faux self .(19).

Green en 1976 va s'appuyer sur *Winnicott* et la description de l'aire transitionnelle en décrivant deux « aires limites dans l'appareil psychique »(20) :

- L'aire entre préconscient/inconscient dont la création et le rêve(20)
- L'aire entre dedans et dehors ou espace potentiel défini par *Winnicott*(20)

Selon *Green*, les états limites seraient dans l'incapacité de créer des dérivés de l'espace potentiel : « au lieu d'espaces transitionnels ils créent des symptômes qui en remplissent la fonction »(20). « Ces sujets ne sont pas incapables de créer, mais leurs créations n'ont pas de valeur fonctionnelle pour leur psychisme, tout comme leurs rêves, qui n'ont pas de valeur de perlaboration des désirs mais de soulagement psychique de leur expérience douloureuse(20). »

2.3 La définition actuelle

En France elle est définie par la personnalité émotionnellement labile dans la dixième édition de la Classification internationale des maladies (CIM) qui comporte deux sous catégories : « type impulsif » et « type borderline ».

« La personnalité émotionnellement labile est caractérisée par une tendance à agir avec impulsivité et sans considération pour les conséquences possibles, associée à une instabilité de l'humeur. Les capacités d'anticipation sont souvent très réduites et des éclats de colère peuvent conduire à de la violence ou à des comportements explosifs ; ceux ci sont volontiers déclenchés lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou critiqués par autrui » .

Les deux types se distinguent comme :

- type impulsif : les caractéristiques prédominantes sont l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions. Des accès de violence ou des comportements menaçants sont courants, particulièrement lorsque le sujet est critiqué par autrui.
- type borderline : l'image de soi, les objectifs et les préférences sont personnelles (y compris sexuelles) sont perturbés ou incertains et des sentiments permanents de vide sont habituellement présents. Une tendance à s'engager dans des relations intenses et instables conduit souvent le sujet à des crises émotionnelles et peut être associée à des efforts démesurés pour éviter les abandons et à des menaces répétées de suicide ou à des gestes auto agressifs, qui peuvent également survenir sans facteur déclenchant manifeste.

Le trouble de la personnalité borderline est rentré dans le DSMIV en 1980 et se définit par un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers, comme en témoignent au moins 5 des manifestations suivantes :

- Efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés
- Mode de relation interpersonnelle instable et intense caractérisée par l'alternance entre

les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation

- Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie)
- Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations
- Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété de quelques heures à rarement plus de quelques jours)
- Sentiment chronique de vide
- Colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (fréquentes manifestations de mauvaise humeur, des colères constantes ou des bagarres répétées)
- Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères

Bien que l'approche catégorielle permette une définition consensuelle du trouble borderline dans la recherche clinique, elle induit pour certains auteurs des incertitudes concernant la significativité du seuil clinique retenu. Cette réflexion a conduit à l'utilisation d'une approche dimensionnelle pour le DSM V à l'opposition de l'approche catégorielle du DSMIV(21)

Le DSM V propose une nouvelle définition des troubles de la personnalité avec deux volets : le développement altéré du sens de l'identité personnelle et du fonctionnement interpersonnel, avec l'élaboration de nouveaux critères généraux pour le diagnostic. Cette approche plus dimensionnelle aborde de façon un peu plus complexe les différentes personnalités appréhendées en fonction de la façon dont le sujet se situe en matière d'émotivité, de sentiment d'identité, de fonctionnement interpersonnel et d'adaptation à la réalité (22). Le diagnostic proposé par le DSMV est donc coaxial en associant une catégorie trouble de la personnalité à une catégorie trouble mental. Cette classification propose une personnalité borderline et une personnalité narcissique qui sont en rapport avec la notion d'état limite au sens large du terme.

2.4 Epidémiologie

La prévalence du trouble de la personnalité borderline aux USA en population générale est de 1,3 % (2) et de 0,7 % en Norvège (23). *Coid* dans son étude en 2006 a évalué que la prévalence du trouble de la personnalité borderline dans un échantillon randomisé de 626 personnes en population non clinique était de 0,7 % (24). *Samuels* et ses collègues ont quant à eux trouvé dans un échantillon randomisé de 742 femmes Américaines une prévalence de 0,5 % de patientes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline (25).

Au niveau des soins primaires tout venant, en Angleterre, le taux de trouble de la personnalité borderline aurait une prévalence de 4 à 6 % (10). En comparaison avec les autres troubles de la personnalité, les patients borderlines consulteraient plus et pour des difficultés psychosociales. Bien que l'on retrouve dans l'étude de *Moran* en 2000 que les patients souffrant de trouble de la personnalité Etat Limite consultent beaucoup leur médecin généraliste, il semble que ceux-ci dépistent peu ce trouble (10). L'étude de *Gross* montre que la prévalence des patients borderline dans les soins primaires est quatre fois plus grande qu'en population générale suggérant que les patients avec ce trouble utilisent plus fréquemment les soins généraux (2).

Dans les échantillons de population tout venant, la prévalence du trouble est égale entre les hommes et les femmes, à l'opposé des patients borderlines consultant en psychiatrie qui sont majoritairement des femmes. (10) Le trouble de la personnalité borderline est le trouble de la personnalité le plus fréquent dans les populations cliniques avec une prévalence de 10 % chez les patients ambulatoires et 15 à 25 % en intra hospitalier. (2)

L'association entre trouble borderline et dépression a été mise en évidence dans plusieurs études (26) et (27). De plus la combinaison des deux augmenterait la fréquence et la gravité des tentatives de suicide (28). Le taux de mortalité par suicide est entre 8 et 10 % ce qui est 50 % plus haut que dans la population générale (2).

Selon *Leichsenring* 84,5 % des patients borderline auraient rempli les critères d'un trouble de l'axe 1 pendant 1 à 12 mois au cours de leur vie et 73,9 % auraient rempli les

critères pour un autre trouble de l'axe 2 (2) .Les troubles de l'axe 1 les plus fréquents sont : les troubles de l'humeur unipolaires, les troubles anxieux (l'état de stress post traumatique, le trouble panique et la phobie sociale), l'abus de substance et les troubles du comportement alimentaire.(2)

L'impact du trouble de la personnalité borderline sur les patients a été étudié par *Skodol*. Les patients borderline présenteraient un plus grand handicap dans leur travail et leurs relations sociales en comparaison aux patients présentant une dépression (29).

2.5 Clinique

Kernberg a contribué au diagnostic du trouble Borderline en associant à la fois une approche catégorielle avec des critères diagnostiques et une approche structurale de la personnalité(30). Il a participé à la création des critères diagnostiques du DSMIV qui constitue la définition la plus utilisée dans la recherche clinique (31).

Kernberg, dans son livre : Les troubles limites de la personnalité(30), a pu lister des symptômes qui, s'ils sont associés, évoquent fortement une organisation limite de la personnalité mais ne suffisent pas pour faire le diagnostic .« Le diagnostic final dépend de la pathologie du moi caractéristique, et non des symptômes décrits ».(30) Nous décrirons donc dans cette partie d'abord les différents symptômes décrits par *Kernberg* puis une analyse plus structurale du trouble de la personnalité.

2.5.1 Analyse descriptive : les symptômes de présomption

2.5.1.1 L'angoisse

Elle est définie par le professeur *Marcelli* comme spécifique car « diffuse et flottante ». Elle envahit le patient pour des raisons anodines et s'enrichit de nouveaux symptômes à chaque crise. Ce manque de tolérance de l'angoisse témoigne de la fragilité du moi (5).

Elle peut s'associer à une sidération de la pensée ou « vide de représentation ». Elle n'est pas sous tendue par la culpabilité oedipienne mais par la perte ou l'éloignement de l'objet (abandon) ou à son rapprochement (angoisses d'intrusion). La limite avec l'objet est poreuse mais est bien présente. Ce n'est pas l'angoisse psychotique de se perdre dans l'objet mais l'angoisse que l'objet prenne possession de lui et l'assujettisse(6).

Selon *Marcelli* citant *Widlöcher* « il s'agit ici de la crainte de la perte du sens de la vie, de sa cohérence interne ».(5) Le moindre aléa de la vie est ressenti comme une menace contre sa cohérence et sa significativité existentielle. Une autre des caractéristiques de cette angoisse est l'échec économique pour le sujet, celui ci étant dans l'incapacité de lier efficacement cette

angoisse à des opérations mentales ou à des conduites pathologiques de manière à préserver d'autres secteurs de sa vie psychique(32).

Débordé par l'angoisse le sujet va avoir recours à plusieurs modalités (6) :

- l'étayage par l'objet : il va devenir une représentation du double, du même, ou alors un objet de haine indispensable par la contenance qu'il représente.
- L'appui sur et par l'acte : On peut différencier : l'acte de pure décharge dans le but de soulager l'angoisse et les passages à l'acte qui sont adressés à l'objet : le vandalisme, les homicides passionnels qui laissent supposer qu'il vaut mieux un objet mort qu'un objet perdu(6).

2.5.1.2 Phobie multiples

Selon *Kernberg* ces phobies impliquent plus le corps lui même (peur de rougir, peur de parler en public, peur d'être regardé).(30) « Les phobies multiples, en particulier celles qui entraînent de graves inhibitions sociales et des tendances paranoïdes, sont des éléments de présomption d'une organisation limite de la personnalité ». (30) Selon *Marcelli* ces phobies peuvent atteindre au maximum le stade de panphobie.(5)

2.5.1.3 Symptômes obsessionnels :

Ces symptômes vont dans un second temps acquérir un caractère syntone au moi et devenir surinvestis. Ils se caractérisent par une apparente absence de lutte : le patient rationalisant ses idées obsédantes ou ses rituels.(5)

2.5.1.4 Symptômes de conversion multiples

Ils sont selon *Kernberg* multiples, élaborés et bizarres, ils peuvent s'étendre sur plusieurs années(30). Ces symptômes peuvent prendre un aspect élaboré, proche d'hallucinations sensorielles ou de sensations complexes. Ils sont dénués d'érotisation et de

fantasmatisation, et la dimension agressive et manipulatrice est au premier plan(6).

2.5.1.5 Réaction dissociative

Kernberg décrit des « fugues hystériques » et des amnésies accompagnées de perturbations de la conscience.(30)

2.5.1.6 Hypocondrie

On retrouve chez les patients états limites : des préoccupations incessantes et excessives sur la santé qui vont se manifester sous forme de symptômes chroniques, de rituels pour conserver la santé, et d'un retrait de toute vie sociale afin de se concentrer sur sa propre santé et ses symptômes (30)

2.5.1.7 Tendances paranoïdes et hypocondriaques

Selon *Kernberg*, il s'agit d'une association typique qui indique le diagnostic probable d'organisation limite de la personnalité (30)Ce ne sont pas de légères tendances paranoïdes et hypocondriaques secondaires à une angoisse intense mais bien des traits de personnalité.

2.5.1.8 La dépression :

Cette dépression des états limites a été étudiée par de nombreux auteurs (*Chabert, Begeret, Green*) et présente une clinique particulière. Selon *Marcelli, Bergeret* fait de cette dépression l'élément central de l'organisation structurelle de ces patients allant jusqu'à isoler ce qu'il appelle la « dépression limite » (5). Il pointe l'absence de vrai ralentissement psychomoteur même lorsque la souffrance paraît intense. « Le sentiment de culpabilité qui accompagne le classique état dépressif, témoin de la sollicitude à l'égard de l'objet et de la crainte de l'avoir détruit ou endommagé est ici souvent absent ». (5)

Cette dépression est donc qualifiée d'anaclitique (du Grec *anaclisis*, support, appui, étayage)

car elle serait l'expression d'un effondrement narcissique par absence/perte d'objet. Elle exprime bien sûr une angoisse massive d'abandon, mais peut être également comprise comme une tentative de dénoncer la violence intrinsèque du système dans lequel le sujet est enfermé(6). « Elle peut si la prise en charge prend en considération la composante narcissique de la plainte, amener à un profond changement du patient, rendant possible l'accès à un self plus authentique »(6).

On rencontre plus généralement chez les sujets limites dépressifs un état de colère intense, voire même de rage froide à l'égard de l'objet, ou encore un sentiment de désespoir et d'impuissance devant l'objet inaccessible (5). Selon *Kernberg* (1975) la colère témoigne de « l'effondrement de l'image de soi idéalisé du fait de l'inaccessibilité de l'objet »(30).

Le vide représente un état basal de l'état Limite. « (...) le vide est un état permanent : le sujet a le sentiment d'être différent des autres, de ne rien éprouver et au maximum de ne pas être vraiment vivant » (5). Le sujet a l'impression d'agir de façon mécanique sans être réellement concerné, ni par ses propres conduites, ni par celles de son entourage.

Selon *Marcelli*, on est proche des descriptions du faux self de *Winnicott*, ou de celles des personnalités schizoïdes.(5) Face à ce vécu de vide, les patients peuvent soit surinvestir les relations avec l'entourage « pour jouer le jeu », soit s'identifier à diverses causes politiques, philosophiques ou éthiques comme pour vivre par procuration. Très vite le sentiment de vide réapparaît qui les conduit à rompre cet engagement pour un autre quelques temps plus tard (5). Chez d'autres, le vide apparaît comme une position de retrait défensive dans laquelle ils se réfugient dès qu'ils se sentent menacés par l'établissement d'une relation trop proche. « Ceci s'observe de manière caricaturale dans la relation thérapeutique (psychothérapie ou analyse) où le patient paraît se défendre de tout affect libidinal ou agressif à l'égard du thérapeute en vidant la relation thérapeutique de tout contenu ou signification. » (5). La sensation de vide et d'ennui est préférable chez ces patients à ce que le sujet éprouve lorsque le sujet se croit dépendant d'un objet externe ou croit l'avoir perdu.

Selon *Chabert* la singularité de la dépression des fonctionnements limites renvoie au modèle de la mélancolie proposé par *Freud* dans « deuil et mélancolie »(7). La perte d'objet se transforme en perte du moi du fait de l'identification du moi avec l'objet perdu. Les attaques narcissiques sont massives, et la négativité disqualifie le sujet dans un discours d'allure mélancolique, dans lequel sont cependant absents délire et auto-accusations (6). la sensation de vide est souvent considéré comme l'échec fondamental des attachements précoces, et est corrélée aux abus de substances et aux conduites auto-agressives(32).

2.5.1.9 Le passage à l'acte et les conduites antisociales

Il est rare qu'on ne retrouve pas de passage à l'acte dans l'observation d'un Etat Limite. *Marcelli* indique que l'on retrouve généralement cette facilité de passage à l'acte, tant dans la reconstruction anamnétique du passé du patient, que dans l'évolution ultérieure au cours des différentes prises en charges thérapeutiques(5) Ces passages à l'acte sont la conséquence du fonctionnement anaclitique du sujet, en ce sens qu'ils reflètent l'intolérance à la frustration et la dépendance(6).

2.5.1.10 La relation de dépendance

A l'opposé de l'instabilité de base, il existe fréquemment un secteur relationnel où le patient peut se montrer soumis et obéissant, à l'image d'une relation parents/enfants. Il s'agit le plus souvent d'un parent : la mère, ou d'un représentant parental. Cette relation peut basculer de l'idéalisation primitive à la dévalorisation si l'autre ne répond plus aux attentes et aux espoirs du patient (5).

Le mode de relation anaclitique s'exprimerait sous la forme d'une attente passive de satisfaction et d'une manipulation agressive du partenaire(32). Le patient ne pourra pas aménager quelconque souplesse dans la distance relationnelle. A travers ce lien qui reproduit les attachements précoces, le patient limite va osciller entre la fusion et la fuite et confronte l'autre à son avidité affective jamais comblée(32).

2.5.1.11 Les épisodes psychiatriques aigus

Au niveau clinique, ils prennent l'aspect d'états d'angoisse aiguë isolée , mais surtout d'épisodes quasi confusionnels. Le patient semble avoir perdu tout repère interne : il apparaît hagard, flottant, se raccrochant à quiconque. Quelques éléments peuvent faire évoquer des éléments délirants non élaborés sans qu'on puisse parler de délire construit ou d'intuition délirante (5). La labilité de ces états est caractéristique.

2.5.2 L'analyse structurale

Kernberg met en lumière le rapport existant entre les différents symptômes borderline à travers une analyse du fonctionnement psychique des patients. Il analyse ce niveau de fonctionnement grâce au degré de stabilité de l'identité (représentation du self et de l'objet) ainsi qu'en fonction du type de mécanisme de défense (30).

Il évoque le concept de faiblesse du moi en décrivant des aspects spécifiques : la prédominance de mécanismes de défense primitifs et des aspects non spécifiques : le manque de tolérance à l'angoisse, de contrôle pulsionnel, de développement des voies de sublimation et de différenciation des images de soi et d'objet (30).

Ce manque de stabilité de l'image de soi et donc d'un soi intégré conduit les patients borderline à ressentir des sentiments chroniques de non réalité et de vide caractérisés lors des épisodes dépressifs. Leurs relations interpersonnelles sont altérées par la non intégration des relations d'objet car ils sont incapables d'intégrer leurs expériences cognitives et affectives et ainsi de ressentir l'impact de leur comportement au sein des relations interpersonnelles.

Leurs relations d'objets sont soit idéalisées soit totalement dévalorisées ce qui les met en difficulté pour évaluer leurs relations avec les autres de façon réaliste. Les mécanismes de défense primitifs ont pour but de protéger les bons objets en maintenant clivées les différentes parties (bonnes et mauvaises) de l'objet. En effet l'attaque de l'objet altère leur sentiment de cohérence et peut conduire à une effondrement dépressif (4).

Kernberg part de l'analyse du transfert qui selon lui occupe une place centrale dans l'approche technique des troubles de la personnalité. Il entend par transfert l'analyse des réactivations dans le ici et maintenant des relations d'objets intériorisées du passé.

2.6 Psychopathologie

La caractéristique fondamentale de l'état limite est la carence d'investissement de l'espace psychique interne, cause et conséquence à la fois du fonctionnement en extériorité (6). En conséquence on retrouve une pauvreté de leur monde interne, de leur espace de représentation qui entraîne l'incapacité à être seul, penser de façon autonome et conditionne les modalités de relation d'objet (dépendance, addiction, impulsivité, relation d'objet anaclitique...)(6).

Kernberg et *Widlöcher* ont décrit l'organisation limite par la modalité de représentation de soi et de l'objet ainsi que par ses mécanismes de défense (30) et (17). *Kernberg* a décrit les mécanismes de défense primitifs prédominants chez les états Limites comme des signes spécifiques de faiblesse du moi (30):

- Le clivage
- L'idéalisation primitive
- Le déni
- L'identification projective

La caractéristique des patients souffrant du trouble de la personnalité borderline est l'usage ponctuel de ces mécanismes ce qui va conférer une extrême hétérogénéité à leur fonctionnement psychique du fait de leur diversité et de leur contraste (3).

Les mécanismes de défense comme le clivage et la projection sont les plus spécifiques des états limites car ils se retrouvent systématiquement quelque soient les modalités de défense repérées. Selon *Catherine Chabert* leur présence souligne l'inefficacité partielle du refoulement(3).

2.6.1 Le clivage

Selon le *Laplanche* et *Pontalis*, le clivage a la définition suivante: « considéré comme la défense la plus primitive contre l'angoisse : l'objet, visé par les pulsions érotiques et

destructrices est scindé en un bon et un mauvais objet qui auront alors des destins relativement indépendants dans le jeu des introjections et des projections. Le clivage de l'objet est particulièrement à l'œuvre dans la position paranoïde-schizoïde où il porte sur des objets partiels. Il se retrouve dans la position dépressive où il porte alors sur l'objet total. Le clivage des objets s'accompagne d'un clivage corrélatif du moi en bon moi et mauvais moi, le moi étant pour l'école *Kleinienne* essentiellement constitué par l'introjection des objets »(33)

Le clivage est souvent associé à l'idéalisation : « L'objet est magnifié, investi comme protecteur, ou discrédité et redouté, comme le Moi lui même peut basculer brutalement d'une position de toute puissance à une représentation d'auto-disqualification sévère. ». (3)

Selon la théorie *Kleinienne* : l'enfant, de la naissance à 4 mois, va utiliser des mécanismes de défense archaïques et expulser les pulsions agressives de son moi pour les projeter sur des objets extérieurs. Ce mécanisme sera à la base de l'identification projective.

La définition de l'identification projective dans le *Laplanche et Pontalis* est : « mécanisme qui se traduit par des fantasmes, où le sujet introduit sa propre personne (his self) en totalité ou en partie à l'intérieur de l'objet pour lui nuire, le posséder, le contrôler ».

Selon *Mélanie Klein*, ce mécanisme consiste en une projection fantasmatique à l'intérieur du corps maternel de parties clivées de la propre personne du sujet, voire de celle ci dans sa totalité (et non seulement de mauvais objets partiels), de façon à léser et contrôler la mère de l'intérieur. Les objets qui ont été investis par la pulsion de mort vont se retourner contre celui qui a été agressé. Ce fantasme va être source d'angoisses comme celle d'être emprisonné et persécuté à l'intérieur du corps de la mère(33). Un autre danger serait que le moi soit affaibli et appauvri dans la mesure où il risque de perdre, dans l'identification projective, de bonnes parties de lui même. C'est ainsi qu'une instance comme l'idéal du moi peut devenir extérieur au sujet(33).

Ce mécanisme de clivage n'est normalement utilisé qu'à une étape précoce du développement du moi, au cours de la première année de vie, et il est progressivement remplacé dans le moi par des opérations défensives d'un niveau plus élevé centrées autour du refoulement. Elles protègent le moi des conflits intra psychiques grâce au rejet du rejeton pulsionnel ou de sa représentation mentale, ou des deux, hors du moi conscient.

En effet le moi va se renforcer en même temps que les pulsions agressives s'affaiblissent et l'enfant va rentrer dans une position dépressive. Les pulsions libidinales et agressives vont fusionner et aboutir à une réunion des objets partiels. La mère apparaîtra alors comme un objet complet : le bon et le mauvais objet sont les mêmes. Ceci induira de l'angoisse

qui sera un sentiment de culpabilité d'avoir attaqué le bon objet. La culpabilité donnera lieu à une tentative de réparation (34).

Les patients états limites vont continuer à utiliser les mécanismes de défense de la position schizo-paranoïde en utilisant notamment le clivage et l'idéalisation primitive qui vont fonctionner de manière complémentaire afin de protéger les bons objets qu'ils ont incorporés au prix de l'introjection de mauvais objets destructeurs qui menacent l'intégrité du moi.

Genêt cite *Corcos* : « La fixation pathologique du clivage permet de pallier à l'angoisse inhérente à l'introjection du mauvais objet qui risquerait d'affaiblir le moi élaboré autour des introjections positives du bon objet »(4)

2.6.2 L'idéalisation primitive

L'idéalisation primitive est définie par *Laplanche et Pontalis* comme un processus par lequel l'objet du désir est investi défensivement, par le sujet, de qualités, porté à la perfection. L'identification à l'objet idéalisé contribue à la formation et à l'enrichissement des instances que sont le moi et l'idéal du moi (33). Ainsi chez le sujet Etat Limite l'idéalisation primitive va permettre de se dégager sans souffrance de l'objet lorsque celui-ci devient insatisfaisant en basculant entre sentiment d'omnipotence et dévalorisation.

2.6.3 L'identification projective

Comme nous l'avons vu précédemment elle est spécifique de la position schizo-paranoïde décrite par *Mélanie Klein* et elle est par définition négatrice de la nature de l'objet et utilisé avec le clivage à visée expulsive. Elle maintient une zone d'indifférenciation entre deux êtres puisque elle ne laisse pas exister d'altérité de l'objet.

Le sujet état Limite ne peut donc pas mettre de limite entre soi et l'autre et reste dans cette zone indifférenciée. La projection de ces représentants fantasmatiques ou pulsionnels va entraîner une déformation plus ou moins importante dans l'appréhension et la relation avec l'environnement.

Chabert inscrit la projection dans les fonctionnements limites : « soit dans un système où le déni et le clivage sont prévalents, soit dans le débordement des limites. Les décharges projectives surgissent dans la tentative itérative de définir plus clairement le sujet et l'autre :

tentatives souvent ratées du fait de la friabilité des limites dedans/dehors et de la confusion qui en découle. La projection se confond souvent alors avec l'externalisation, dans la mise en dehors, en actes, des mouvements pulsionnels qui ne trouvent plus de supports internes suffisants »(35).

2.6.4 L'intégration du moi et des relations d'objets

Selon *Kernberg* : « La synthèse des introjections et des identifications précoces puis tardives en un moi qui a une identité stable, représente une tâche essentielle lors du développement et de l'intégration du moi(...). Cette séparation des relations d'objet internalisées en bonnes et mauvaises se produit au début uniquement à cause du manque de possibilité intégrative du moi précoce »(30). Par la suite, ce qui au début était un manque de possibilité intégrative sert de défense au moi naissant afin d'empêcher la diffusion de l'angoisse et de protéger les noyaux du moi construits autour des introjections positives (30).

Chez les états limites ce mécanisme persiste, le clivage protège le moi des conflits grâce la dissociation et en maintenant activement séparées les introjections et identifications qui sont de nature conflictuelle, à savoir celles qui sont déterminées par les pulsions libidinales, de celles qui sont déterminées par les pulsions agressives sans égard pour l'accès à la conscience.« Dans ces conditions pathologiques, des états contradictoires du moi sont tour à tour activés, et aussi longtemps que ces états contradictoires du moi peuvent être maintenus séparés les uns des autres, l'angoisse est évitée. »(30).

Un moi stable n'étant pas intégré, les relations d'objet ne le sont pas non plus. En effet le moi doit accomplir deux tâches essentielles à la suite l'une de l'autre pour l'internalisation des relations d'objet :

- La différenciation entre les images de soi et les images d'objet. C'est à dire toutes les introjections et identifications précoces.
- L'intégration des images de soi et d'objet sous l'influence des rejets pulsionnels libidinaux avec les images de soi et d'objet correspondantes élaborées sous l'influence des rejets pulsionnels agressifs.

Ainsi le patient Etat limite rigidifié dans ses mécanismes de défense n'accède pas à un moi stable et à des relations d'objet intégrées. Il est donc contraint à des sentiments chroniques de vide et de non réalité. Il est en difficulté pour intégrer ses propres expériences et ne peut ressentir l'impact de ses comportements sur son entourage. La non intégration des représentations de l'objet induit l'incapacité à avoir une représentation de soi et des autres constante dans le temps. Les relations interpersonnelles sont donc extrêmement perturbées et le soumettent à des angoisses d'abandon.

2.7 L'origine du trouble de la personnalité borderline

2.7.1 Les interactions précoces dans la genèse du trouble de la personnalité borderline

Les différentes théories, qu'elles soient d'orientation psychodynamique ou attachementiste ont toutes évoqué l'importance des troubles des interactions précoces du sujet dans la genèse du trouble de la personnalité borderline. En effet des troubles psychiatriques chez les parents des patients borderline fragilisant les interrelations précoces sont fréquemment évoqués.

Nous allons dans tenté d'éclairer la genèse du trouble la personnalité borderline en donnant tout d'abord des éléments théoriques sur cette période en nous appuyant principalement sur la théorie de *Winnicott* et *Green*.

Le nourrisson se trouve dans une situation de dépendance totale vis à vis de son environnement dans les premiers temps de sa vie, puis il passera au fur et à mesure de son évolution par une dépendance relative. La mère joue un rôle fondamental dans ce parcours en s'ajustant aux besoins du nourrisson de manière fine et sensible ce qui permet les conditions de l'expérience (illusoire) de l'omnipotence. (36)

Selon *Winnicott* cette mère « suffisamment bonne » ne peut et ne doit pas être parfaite afin de faire vivre au nourrisson l'expérience du manque et de la solitude et de faire passer l'enfant du sentiment de fusion et d'omnipotence à la désillusion (37). Cette mère « suffisamment bonne » commencera par s'adapter presque totalement aux besoins de l'enfant puis à mesure que le temps passe, elle s'adaptera de moins en moins étroitement suivant la capacité de l'enfant à s'accommoder de cette carence. Ces expériences ont besoin d'être répétées afin que l'enfant apprenne que cette frustration est limitée dans le temps, elles sont brèves au début puis le laps de temps s'allongera. L'enfant accédera alors à la naissance d'une activité mentale et aura recours aux satisfactions auto érotiques. Il pourra au fur et à mesure se remémorer, revivre, fantasmer, rêver (37).

Cette adaptation incomplète aux besoins du bébé va permettre de donner pour celui ci

une réalité aux objets, c'est à dire qu'ils sont haïs aussi bien qu'aimés. Une adaptation parfaite de l'objet ne vaut pas mieux qu'une hallucination⁽³⁶⁾ *Winnicott* nomme ce phénomène illusion/désillusionnement.

Pour *Winnicott*, l'expression du visage maternel joue le rôle d'un objet générateur du sentiment d'identité psychique et corporelle, non pas un miroir mais un objet vivant : un regard vitalisant avec les gestes, les sons, la chaleur des affects exprimés par la mère. La mère va être capable de répondre aux états émotionnels du bébé en lui renvoyant ses émotions de façon adéquate, en se faisant le miroir de sa propre expérience. Elle va lui permettre de différencier ses sensations physiques et viscérales liées aux émotions et joue donc un rôle clef dans la régulation émotionnelle de ce dernier (38).

Si les yeux maternels ne lui donnent pas un reflet vivant, ils ne lui permettront pas de se reconnaître et de se sentir reconnu. L'enfant restera seul avec sa propre image et ses ressentis (11). Il ne percevra plus son propre reflet dans les yeux de sa mère mais plutôt l'humeur dépressive qui va faire intrusion dans son espace. Selon *Winnicott* ces expériences répétées peuvent participer à la création d'un faux self. Ainsi la solidité du sentiment d'identité va se construire de façon étroitement liée à l'investissement maternel primaire et aux interrelations précoces (36).

Un autre élément de la théorie de *Winnicott* permettant d'éclairer le trouble de la personnalité Borderline est « la transitionnalité qui est en échec pour ces patients ». La transitionnalité c'est l'espace entre ce que le sujet crée entre lui et l'objet externe de telle sorte que, dans cet espace, la question de savoir ce qui est à lui et ce qui est aux autres ne se pose pas car elle est recouverte d'un halo d'illusion de continuité.⁽³⁹⁾ *André Green* évoque des aspects de l'oeuvre de *Winnicott* : « les cas limites sont caractérisés par l'incapacité à créer des dérivés de l'espace potentiel ; au lieu des phénomènes transitionnels, ils créent des symptômes qui en remplissent fonction ».

André Green a décrit l'expérience que peut traverser l'enfant lorsque celle ci après avoir été un objet chaleureux et source de vitalité pour lui devient froide, éteinte, comme morte. Cette mère présente et vivante a pu basculer dans la dépression suite à un deuil et est subitement trop triste pour s'intéresser (de façon vivante) à son enfant (11). L'enfant ne peut pas élaborer psychiquement la situation et le lien mère enfant est altéré. Il va y avoir un

désinvestissement traumatique de l'objet primaire par le nourrisson qui laissera dans son psychisme des marques sous forme de trous psychiques. *Green* nomme cet état « angoisse blanche » traduisant la perte au niveau du narcissisme.

Ce désinvestissement massif, incompréhensible est le plus souvent refoulé dans la psyché de l'enfant et aura des effets pathogènes dans la construction de son narcissisme et pèsera dans les relations objectales futures de l'enfant (11). L'enfant tentera de réanimer ce lien par diverses conduites de désespoir (agitation, insomnie, trouble alimentaires) puis le plus souvent développera deux types de réponses défensives :

- Il va y avoir un désinvestissement de l'objet sans haine et une identification inconsciente, l'enfant mimant en miroir de façon empathique cette « mère morte ».
- L'enfant confronté à l'impuissance et au vide va construire une interprétation erronée dans laquelle il s'attribue la responsabilité du changement. *Estellon* cite *Green* : « Il y a un écart incommensurable entre la faute que le sujet reprocherait d'avoir commise et l'intensité de la réaction maternelle. Tout au plus pourrait il penser que cette faute est liée à sa manière d'être plutôt qu'à un désir interdit ; en fait, il lui devient interdit d'être » (11)

Anzieu décrit l'environnement maternant comme « une enveloppe externe du moi » entourant et répondant aux sollicitations du bébé, lui permettant de constituer son enveloppe interne(11). La qualité et la rythmicité des contacts notamment peau à peau ferait naître l'illusion d'une peau commune. Cette enveloppe tactile va s'articuler avec d'autres enveloppes : bain de voix, de paroles, de musiques, d'odeurs. Cette étape illusoire serait nécessaire à la mise en place de la peau psychique qui va lier les éléments épars de la psyché infantile. Chez les Etats Limites, la formation de cette enveloppe semble défaillante.

Esther Bick en 1968 a fait l'hypothèse d'une « seconde peau musculaire(40). « Lorsque la fonction contenante n'est pas suffisamment assurée par la mère ou qu'elle est fantastiquement endommagée, l'enfant ne peut l'introjecter. Il cherche alors frénétiquement un objet externe qui lui permette de maintenir ensemble les parties de lui même ».(3) Ainsi la dépendance à l'objet maternel va être remplacé par une pseudo indépendance qui se caractérise par un hyper investissement de la motricité.

Selon *Chabert*, le concept du moi peau est particulièrement intéressant chez les états limites(3)

Anzieu décrit un Moi Peau avec un feuillet interne : une enveloppe psychique interne et un feuillet externe lieu de contact entre le psychisme et le monde extérieur.(41)

Didier Anzieu attribue plusieurs fonctions au moi peau :

La fonction de *maintenance* du psychisme qui est soutenue par l'identification primaire à un objet/support maternel.

La fonction de *contenance* qui quand elle est défaillante entraîne l'angoisse : elle peut être caractérisée : soit par une excitation pulsionnelle diffuse soit par des trous psychiques représentés par un « Moi-peau passoire » caractéristique chez les fonctionnements limites.(3)

La fonction de *pare-excitation* serait assurée de manière discontinue chez les états limites. Ces insuffisances « déclenchent soit des angoisses paranoïdes soit des angoisses dépressives nécessitant un surinvestissement de la fonction d'étayage de l'objet sans recours possible à un auto étayage ».(3)

La fonction *d'individuation de soi* mal assurée menace le sentiment d'identité par le flou des limites et déclenche des impressions d'étrangeté (dépersonnalisation, déréalisation).(3)

La fonction *d'intersensorialité* reliant entre elles les sensations de diverses natures est « fermement assuré » chez les états limites selon *Catherine Chabert*.(3)

« La fonction *de soutien de l'excitation sexuelle* est généralement intégrée, même si elle se manifeste sur un mode sporadique, intermittent, d'alternance entre des emballements libidinaux intenses et des déceptions dépressives tout aussi vive. »(3)

La fonction de *recharge libidinale* varie beaucoup d'un sujet à l'autre : pour certains la relance libidinale reste toujours possible et témoigne de potentialité de liaisons pulsionnelles affectives (qui soutiennent l'ambivalence) ; pour d'autres, elle s'avère beaucoup plus fragile et dans certains cas pourrait progressivement s'éteindre (notamment dans les troubles sévères du comportement alimentaire et dans les maladies somatiques graves).(3)

2.7.2 Trouble de l'Attachement et genèse du trouble de la personnalité borderline

Selon la théorie de *Bowlby* nous ne naissons pas avec la capacité de réguler nos émotions, c'est la personne qui va prendre soin de l'enfant ou le caregiver qui va réguler les émotions de son enfant, en comprenant et répondant de façon adaptée à l'enfant (42). L'enfant va apprendre qu'en cas de stress la présence de la personne qui prend soin de lui ne donnera pas lieu à une désorganisation par un dépassement de ses capacités d'adaptation. En effet cette personne rétablira un équilibre. Ainsi dans un moment où la charge émotionnelle est forte, l'enfant va chercher la proximité physique avec sa figure d'attachement en espérant retrouver l'homéostasie.(42) Il se servira des figures d'attachement comme base pour explorer le monde.

L'enfant va construire avec ces expériences des schémas d'attachement ou des modèles internes opérants dans ses relations qui vont s'appuyer sur ses expériences passées avec les personnes qui ont pris soin de lui(42). Les modèles internes opérants régissent les sentiments, pensées et attentes des individus par rapport à leurs relations, et ce dès l'enfance et tout au long de la vie du sujet(42).

Bowlby semble donc suggérer que si la figure d'attachement de l'enfant a des difficultés de régulation émotionnelle, l'enfant aura lui-même des difficultés à réguler ses émotions et intégrera des modèles opérants internes qui pourront le mettre en difficulté dans ses relations interpersonnelles à l'âge adulte.

Ainsworth a créé un test : « la situation étrange » afin d'observer les modèles opérants internes des enfants (42). Les enfants séparés brièvement de l'adulte qui prend soin d'eux montrent un des quatre patterns d'attachement suivants (42) :

Les enfants sécures explorent aisément la pièce en présence de leur adulte de référence, se montrent anxieux en présence d'un étranger et l'évitent. Ils montrent une détresse quand la personne qui prend soin d'eux sort de la pièce et reviennent rapidement vers elle à son retour. Une fois rassurés ils peuvent continuer leurs explorations(42).

Les enfants anxieux/évitants montrent moins d'anxiété lors de la séparation et ne reviennent pas vers l'adulte qui prend soin d'eux quand il revient. Ils ne montreront pas de préférence envers l'adulte qui prend soin d'eux en comparaison à un étranger(42).

La troisième catégorie est celle anxieux/résistant : Les enfants ont une exploration et un jeu limité, ils peuvent montrer une grande détresse au moment de la séparation et ont des difficultés à s'apaiser et revenir vers l'adulte après la séparation : ils pleurent, sont agités.

L'intervention de l'adulte ne parvient pas à les apaiser(42).

Dans le quatrième groupe, les enfants montrent des comportements inadaptés comme des réactions de freezing : ils tapent dans leurs mains, balancent leur tête et essaient de s'échapper lors d'une situation peu familière sans que la présence de l'adulte qui s'occupe d'eux ne les apaise . Ces enfants ont un attachement désorganisé/désorienté(42).

Selon *Ainsworth*, les enfants anxieux/évitants ont probablement eu des expériences répétées durant lesquelles les parents n'ont pu réguler la charge émotionnelle ou au contraire durant lesquelles l'intervention parentale est intrusive. Ces enfants contrôlent beaucoup leurs affects et évitent les situations où ils vont se retrouver en détresse (42). Les enfants anxieux/résistants vont être plus sensibles et ont des difficultés à contrôler leurs émotions ceux-ci tentant de déclencher une réaction adaptée chez l'adulte qui prend soin d'eux. Leur seuil d'anxiété est plus bas et les enfants sont constamment en demande d'être en contact avec l'adulte mais également frustrés quand les adultes se rendent disponibles(42).

Selon *Fonagy* la perturbation de l'attachement influencerait négativement les relations interpersonnelles à l'âge adulte :

Les patients ayant un attachement insécuré/évitant sont en difficulté pour intégrer les souvenirs et expériences traumatiques et leur associer un sens(42). Ils se montreront évitants en étant dans le déni vis à vis de leurs souvenirs et idéalisant ou dévalorisant leurs relations précoces(42).

Les patients ayant un attachement « insécuré/préoccupé » peuvent être confus : à la fois en colère dans leur lien mais aussi dans des réactions d'agrippement . (42)

Les patients présentant un schéma d'attachement de type irrésolu ou désorganisé montrent une désorganisation dans leurs relations d'attachement et ont un récit confus concernant les traumatismes infantiles.(42)

Les études ont retrouvé 68 % 75 % de correspondance dans les résultats des tests d'attachement dans l'enfance et à l'âge adulte(42,43). Ainsi *Fonagy* suggère que la relation d'attachement joue un rôle clé dans la transmission transgénérationnelle des carences. Des adultes avec un attachement sécurisé auront 3 à 4 fois plus de chance d'avoir des enfants qui ont un attachement sécurisé (44) .

Fonagy décrit un lien entre le trouble borderline et des antécédents de maltraitance et notamment d'abus sexuels, en particulier dans l'enfance(28). De plus, il indique que les parents des patients bordelines présenteraient eux même des troubles de la personnalité du même spectre(46).

Fonagy semble suggérer que les premières expériences avec la figure d'attachement principal va permettre d'organiser les relations d'attachement au cours de la vie du sujet et peut permettre d'expliquer la psychopathologie du trouble de la personnalité Borderline(42). D'autres auteurs ont suggéré que les patients avec des troubles de la personnalité Borderline ont des styles d'attachement fearful and preoccupied reflétant un modèle émotionnel d'anxiété/colère(42).

L'Adult Attachment Interview (AAI) chez des patientes borderline montre le style préoccupé comme étant le plus fréquent et les styles confus, angoissés et envahi ou dépassés comme les subclassifications les plus communes(42).

Les tentatives passés pour relier les théories de la personnalité borderline avec les théories de l'attachement ont insisté sur le caractère commun partagé par les groupes présentant un attachement ambivalent/préoccupé et le groupe borderline : « rechercher une grande proximité, rechercher l'attention ou l'aide en s'accrochant aux gens » ; « oscille entre recherche de contact et résistance ». *Gunderson* dans son étude met en évidence les thèmes de l'intolérance à la solitude et la peur de l'abandon chez ces patients qui sont également observé chez les patients ayant un attachement anxieux/préoccupé (42,47).

Masterson a suggéré que la peur de l'abandon était un élément central dans la psychopathologie borderline (48). Il pense que les mères borderline interfèrent avec l'aspiration naturelle à s'individualiser de leurs enfants en se retirant émotionnellement quand les enfants commencent à s'individualiser dans la phase « d'individuation/séparation » décrite par *Mahler*(48). Les expériences qui nécessiteront un comportement indépendant emmèneront à la recrudescence de la dysphorie et de la peur de l'abandon que les patients avec un trouble de la personnalité borderline ont connu enfants lorsqu'ils étaient soumis à ce dilemme insoluble : ils continuent à se comporter de façon dépendante ou ils perdent le soutien émotionnel de l'adulte borderline(48).

La première génération d'études portant sur les facteurs environnementaux qui pourraient être significatifs dans l'étiologie du trouble Borderline étudient principalement deux

sujets (48):

- La séparation parentale ou la perte d'un parent
- Un investissement parental irrégulier

On retrouve fréquemment des antécédents de carences, deuils et de négligence de façon précoce dans l'histoire des patients borderlines. La littérature sur les recherches cliniques psychanalytiques fait aussi état de l'importance de ces antécédents traumatiques et douloureux(49).

L'association du trouble borderline avec des antécédents de traumatisme et les similarités avec le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ont même amené à suggérer que le trouble de la personnalité Etat Limite pourrait être envisagé comme une forme évoluée de PTSD(10). Les patients, en évoquant leur propre histoire, se souviennent d'expériences douloureuses de leur enfance, de négligences émotionnelles précoces, de séparations.

De nombreux auteurs s'accordent pour relier l'origine des états limites à une série de traumatismes précoces dans le lien à l'objet primaire qui laisseraient des marques ou des lacunes dans le psychisme. Ces blessures narcissiques modifieraient certaines configurations du fonctionnement psychique (11). Le sujet pour surmonter cette situation douloureuse serait amené à cliver pour se retirer de l'expérience traumatique. « Le sujet assure sa survie psychique en se coupant de sa subjectivité » (11)

Green émet l'hypothèse d'une « position phobique centrale » chez les états Limites. Cette position serait un mode défensif pour : « faire obstacle à l'établissement de relations entre différentes constellations traumatiques, dont la mise en rapport les unes avec les autres serait ressentie comme une invasion angoissante par des forces incontrôlables. Le réveil d'un de ces traumatismes pourrait entrer en résonance avec d'autres. »(50) Le sujet serait susceptible de répéter ce ou ces traumatismes afin de ne plus les vivre de façon passive. Le modèle d'intériorisation étant défaillant, il serait débordé par le recours à l'agir (11).

2.8 La grossesse et la maternité

2.8.1 Le désir d'enfant

Avant que l'enfant ne soit, le parent l'a conçu inconsciemment : cette image réalise la synthèse de deux héritages : celui de l'investissement oedipien et celui d'une position narcissique primaire. L'enfant imaginaire est issu de l'inconscient de l'individu. A l'origine de cette élaboration : l'idéal du moi, une formation narcissique héritière du complexe paternel, et le moi idéal, une formation attachée au narcissisme primaire(51).

Selon *Laplanche et Pontalis* citant *Lacan* : « le moi idéal est aussi une formation essentiellement narcissique trouvant son origine dans le stade du miroir, et appartenant au registre de l'imaginaire(33) ». Le stade du miroir a été décrit par *Lacan*, comme une phase de la constitution de l'être humain, qui se situe entre les six et les dix-huit premiers mois ; l'enfant encore dans un état d'impuissance et d'incoordination motrice, anticipe imaginativement l'appréhension et la maîtrise de l'unité corporelle . « Cette unification imaginaire s'opère par identification à l'image du semblable comme forme totale ; elle s'illustre et s'actualise par l'expérience concrète où l'enfant perçoit sa propre image dans un miroir » (33).

Cette expérience primordiale est au fondement du caractère imaginaire du moi constitué d'emblée comme « moi idéal » et « souche des identifications secondaires »(33). Le moi idéal va donc focaliser dans l'inconscient une « image unifiée de soi ». Cette représentation de soi est étrangère à la sensation de soi. L'expérience de soi est pour chacun une donnée fractionnée et morcelée(51). « Aussi l'individu est dans l'expectative d'une image de soi unifiée, qu'il a rencontré dans le regard de sa mère lorsqu'elle le regardait ».

Selon *Laplanche et Pontalis* l'idéal du moi est un terme employé par Freud dans le cadre de sa seconde théorie de l'appareil psychique : instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs . En tant qu'instance différenciée, l'idéal du moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer (33).

L'étude de la grossesse et de ses dynamiques psychique s'est développée après les années 40, notamment avec le travail sur la psychologie féminine de *Deutsch*(52).Auparavant les références à la grossesse étaient peu nombreuses. *Freud* ne fait référence à la grossesse qu'en relation avec le développement de l'enfant, en attribuant le désir de maternité à la phase Œdipienne lorsque l'enfant désiré est le fruit de la relation imaginée avec le père, alors que plus tard le désir d'enfant est attaché à l'attachement pré-œdipien à la mère(53).

Deutsch attribue le désir de procréer à la fonction typiquement réceptive de la psyché féminine. *Benedek* reprend son concept et élabore une vision psychosomatique en faisant le lien entre la fonction réceptive féminine et la production hormonale (54).

Racamier définit la « maternité » comme « l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme, lors de la maternité ».

En 1959, *Bibring* évoquera pour la première fois le concept de « crise de maturation » en tant que moment crucial du développement de la femme(55). La grossesse est alors décrite comme un processus au cours duquel celle-ci revit les conflits infantiles des phases précédentes de son développement et, en particulier, les premières relations et identifications avec sa mère.La fin de cette « crise maturative » marque l'acquisition d'un niveau d'intégration plus mûr « caractérisé par l'élaboration et la résolution des conflits infantiles précédents »(53). Cette crise met la future mère dans une position de vulnérabilité face à cette déstructuration et cette réorganisation du sens de son identité. Celle ci peut alors vivre ces changements comme menaçant son intégrité.

Breen souligne que la grossesse pousse la femme à réfléchir à sa position dans le cycle naturel de la vie et de la mort (53).

Mahler décrit en 1975 la grossesse comme un troisième processus de séparation-individuation. Elle donne la possibilité à la femme d'élaborer ce processus notamment par rapport à sa mère (56).

Selon *Ammaniti* « l'étroite interrelation entre la dimension corporelle et la dimension mentale réactive, à des niveaux conscients, préconscients et inconscient, les expériences passées qui se mêlent avec le présent, polarisé autour du soi infantile et du soi adulte » (53).

Dayan écrit que les transformations corporelles entraînent des modifications de la représentation de soi et de l'image du corps, une mise en tension, avec parfois dissolution et reconstruction des identifications précoces, en particulier à la mère (57).

Deutsch a insisté sur l'importance de la relation fantasmatique et réelle de la femme

avec sa mère pendant la grossesse(52). En effet une expérience « suffisamment bonne » avec sa propre mère permet par le biais de la régression liée à la grossesse de s'identifier avec une mère omnipotente et fertile capable de donner la vie sans pour autant être gagnée par des éléments conflictuels (53). « En enfantant, une femme rencontre sa propre mère, elle la devient et la prolonge »(58). Parfois cette régression peut être vécue comme douloureuse notamment s'il y a eu faillite du processus de séparation/individuation avec leur propre mère.

Bydlowski décrit la force du lien originaire à la mère des débuts de la vie, comme élément indispensable à la filiation féminine et souvent négligée. C'est par la puissance de ce lien que la maternité future de la fille inaugurera des retrouvailles avec cette mère perdue de la petite enfance et le souvenir d'un passé nostalgique. « La mémoire de cet amour ancien, la rencontre maternelle et sa permanence à l'intérieur de soi, seront aussi source d'un sentiment de gratitude qui constituera une véritable dette de vie »(58).

Pines écrit que c'est par rapport à cette identification avec la mère qu'il est important de faire la différence entre désir de maternité et désir de grossesse (59). Dans le cas du désir de grossesse, le besoin narcissique de la femme de prouver que son corps fonctionne comme celui de sa mère serait au premier plan. On peut le retrouver pour les grossesses adolescentes. Dans le cas du désir de maternité, la disponibilité à s'occuper de l'enfant et à prendre soin serait au premier plan (59). L'expérience de la première grossesse serait donc étroitement liée à l'histoire familiale, l'histoire de l'adolescence, de la femme et son identification avec des figures significatives qui la portent à donner un nom et un visage à son enfant.

Selon *Bydlowski*, l'enfant imaginaire est l'enfant que toute femme à un jour désiré, celui qui existe dans les rêveries de la mère avant toute réalisation. « Imaginé, l'enfant est supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitudes, destin, sentiment de perte. Il est le lieu de passage d'un désir absolu. L'enfant imaginé est l'objet par excellence. Il s'agit moins d'un bébé concret que de la réalisation du plus vivace des souhaits infantiles »(4).

Lebovici le décrit comme l'enfant des fantaisies conscientes partagées avec le partenaire(60). Les fantaisies sur l'enfant sont présentes également au niveau inconscient, il s'agit alors de l'enfant qui vit dans l'obscurité de l'esprit de la mère. C'est l'enfant fantasmatique. Selon *Lebovici*, l'enfant fantasmatique résulte des conflits œdipiens et pré-œdipiens de la mère(60). Dans les fantaisies maternelles inconscientes l'enfant peut être attendu comme un « messie » ayant fonction de réparer ou racheter la mère mais il peut être aussi menaçant. *Ferenczi* a décrit des fantaisies sur un enfant parasite qui personnifie des

tendances passives orales, pouvant vider le moi de sa mère (53).

Ammaniti décrit la grossesse comme un moment où le rapport entre fantaisie et réalité doit faire face à des oscillations en faveur de l'un ou l'autre créant ainsi un déséquilibre (53). Parfois la part fantasmatique est prééminente et cela peut entraver le processus adaptatif envers la réalité. A l'opposé une limitation des fantaisies agit de façon défensive pour nier la naturelle ambivalence de la grossesse.

2.8.2 Les phases de la grossesse

En période périnatale, la femme est dans un état psychique particulier que *Bydlowski* a nommé « transparence psychique »(58). Cet état se caractérise par une perméabilité du psychisme et une levée du refoulé qui permet l'émergence des conflits psychiques archaïques, pré-œdipiens : « dans un état de transparence psychique où les fragments de l'inconscient viennent facilement à la conscience » (58).

Ce phénomène de « transparence psychique » constitue un réel état de fragilité pour les mères et peut être responsable d'un ébranlement de leur équilibre psychique pendant cette période. C'est « une crise maturative (..) qui se traverse en mobilisant de l'énergie psychique, en réveillant des conflits latents mais elle est aussi recherche et engagement dans des nouvelles virtualités » (58). Cette crise marque le début de l'installation de la préoccupation maternelle primaire et donc du processus d'investissement de l'enfant. L'entourage de la future mère va jouer un rôle d'étayage, de protection, de contenant, d'enveloppe psychique pendant « cette crise maturative » (58).

Plusieurs auteurs ont tenté de décrire les différents stades de la grossesse.*Bibring* a évoqué deux « tâches adaptatives » en relation avec deux stades de la grossesse (61) .

La première tâche est de pouvoir accepter l'expérience psychologique de « fusion » avec le fœtus qui persiste jusqu'à la perception des premiers mouvements fœtaux. Cette expérience qui s'impose à elle l'amène à reconnaître l'existence d'un enfant à l'intérieur de son corps.

La seconde consiste en la réorganisation des relations objectales de la femme pour se préparer à la naissance-séparation de l'enfant qui est en elle.

Pines a déterminé quatre stades et a mis en relation les fantaisies de la femme enceinte et les événements somatiques liés aux différents stades de la grossesse (59).

- Le premier stade est celui allant de la conception à la perception des premiers mouvements fœtaux. *Pines* le décrit comme celui de la régression car la mère va se centrer sur elle. Elle souligne la passivité induite par les importantes modifications hormonales. C'est à cette période que vont apparaître les vomissements et la nausée qui sont l'expression de l'ambivalence par rapport au fœtus. *Ammaniti* décrit le vomissement comme une tentative inconsciente d'expulser l'embryon (53).
- Le deuxième stade est celui qui débute à la perception des mouvements fœtaux et se termine dans la dernière phase de la grossesse avant que la mère soit préoccupée par l'accouchement. La mère va progressivement percevoir le fœtus comme différencié d'elle et le reconnaître comme une entité à part. Cela provoque de fortes angoisses de perte et réactive les processus de séparation-individuation. Selon *Ammaniti*, au niveau fantasmatique, l'enfant peut acquérir une physionomie dévorante qui peut détruire le corps de la mère (53).
- Le troisième stade est celui juste avant l'accouchement. Elle verbalisera à cette période des angoisses à propos de l'intégrité de l'enfant et du travail d'accouchement. Il y a souvent des angoisses de mort dans les jours précédant l'accouchement comme si au niveau fantasmatique, la naissance de quelqu'un pouvait comporter la mort de quelqu'un d'autre.
L'accouchement est souvent vécu comme un événement violent avec des peurs de destruction du corps de l'enfant.
- Le quatrième stade est celui qui suit immédiatement l'accouchement. *Lebovici* le nomme le dixième mois (60).

Raphael-Leff va subdiviser la grossesse en trois parties en proposant un lien avec les phases de relation mère-enfant décrites par *Mahler* (53).

- La première partie de la grossesse est considérée comme correspondant à « la phase autistique normale » et est appelée : « inactivité vigile ». La femme est centrée sur elle et essaie de minimiser sa désorientation. Au fur et à mesure de la progression de la grossesse, elle accepte le fœtus comme partie d'elle-même et la mère et l'enfant vivent dans une « union symbiotique ».

- La deuxième phase est, comme pour *Bibring*, celui de l'individuation du fœtus dans l'esprit de sa mère, c'est « l'éclosion ». La mère se lance dans un travail de différenciation du fœtus d'elle même.
- La troisième phase se conclut avec l'accouchement et la naissance qui comportent ensuite un « rapprochement » entre mère et nourrisson.

Les craintes et les fantaisies de la grossesse ne disparaissent pas à la naissance et souvent dans les semaines suivant l'accouchement il reste des angoisses par rapport à l'état de santé de l'enfant alors même qu'il est en bonne santé. Ainsi les fantaisies ont encore un poids sur la réalité alors que la mère doit créer un lien avec l'enfant réel (53).

La naissance de l'enfant crée des angoisses de perte, la perte de la sensation de plénitude de la grossesse, perte de l'union symbiotique avec l'enfant intérieur et enfin la perte de l'enfant fantasmatique et imaginaire en faveur de l'enfant réel (53).

Cependant certaines femmes ne bénéficient pas d'un entourage sécure et soutenant pour les accompagner dans leurs angoisses. Elles sont isolées et ont des histoires affectives familiales complexes qui laissent des traces traumatiques. Elles sont fragilisées et peuvent montrer des signes de souffrance psychique. Cela peut être une tristesse profonde, des angoisses avec des doutes plus intenses que la moyenne sur leur capacité à devenir mère, un vécu très angoissant des changements corporels et psychiques de la grossesse, des carences affectives dans l'enfance faisant craindre une répétition de traitements inadaptés aux besoins du bébé. De fait la question de la prévention et de l'indication du soin psychique se pose.

2.9 La grossesse et la parentalité borderline

2.9.1 La grossesse : des remaniements identitaires figés

Comme nous l'avons décrit plus haut, la grossesse en tant que crise maturative va entraîner une désorganisation au niveau identitaire. La future mère va revivre les conflits infantiles des phases précédentes de son développement et en particulier les premières relations et identifications avec sa mère. Elle devra donc se confronter à sa représentation d'elle même mais aussi de ses parents ce qui met les mères borderline en difficulté. En effet leurs possibilités d'identification à des figures parentales étant au mieux clivées, au pire inexistantes, du fait du vécu traumatique infantile fréquent (62).

Les changements corporels et psychiques liés à la grossesse réactivent, à des niveaux conscient, préconscient et inconscient, les expériences passées qui se mêlent avec le présent (61) or le plus souvent ces éléments du passé sont douloureux. En effet habituellement une grossesse est une possibilité de changement, de rupture avec des histoires douloureuses du passé, or selon *Le Nestour* les modalités de fonctionnement psychique des patientes borderlines tendent à placer ce processus de devenir mère sous le signe de la répétition de l'identique (4). « Il semble qu'à chaque grossesse se rejoue de manière compulsive, douloureuse bien qu'inconsciente, les événements terribles de leur propre histoire infantile, faite de discontinuités relationnelles et familiales (éclatement de la famille, deuils, abandons et placements) et de maltraitance diverses »(4).

Le travail psychique pour accéder à la parentalité est totalement figé selon *Le Nestour* (63). En effet le réinvestissement des imagos parentaux est entravé par une fixation au passé douloureux. Pendant la grossesse, la mère borderline va être confrontée à son insu :

- Aux images internes de ses parents : parents distants, inactifs, voire fragiles et abîmés ou franchement rejetants, violents et haineux (63).
- A leurs propres souvenirs enfouis des enfants qu'ils ont été :
 - Soit qu'ils se soient vécus victimes ou même martyrisés mais gardent en eux une possible estime d'eux même.
 - Soit qu'ils se sont ressentis essentiellement comme des enfants très difficiles, voire

indignes et nocifs, ce qui les rend dans leur parentalité incapables de s'apprécier utiles, satisfaisants et non destructeurs (63).

Les angoisses sous-jacentes particulières au trouble de la personnalité borderline (abandon, vide, dévoration) ainsi que leurs mécanismes de défense (dénî, clivage, idéalisation) vont modifier les différentes étapes de la grossesse en hypertrophiant ces moments habituels évolutif et les rendre plus bruyants et périlleux (63). Ces bouleversements vont engendrer des crises avec des menaces somatiques au premier plan parfois occultées psychiquement par le déni (63).

2.9.2 Les interactions mère-enfant : une discontinuité précoce

Selon *Le Nestour*, la parentalité Borderline est caractérisée par le chaos et la discontinuité. Le « chaos apparent (qu'elles) imposent au bébé, fait d'alternance dysrythmique, d'excitations anarchiques, comme si de violents incendies étaient momentanément contenus par des accès intempestifs de gel »(62)

La discontinuité organisée du début de la vie est nécessaire à la construction de la vie psychique. C'est le processus « d'illusion/désillusion » décrit dans les travaux de Winnicott (36) que nous avons expliqué plus haut. L'enfant va supporter une discontinuité des soins, une frustration progressive ou désillusion qui favorise le développement de l'activité mentale et le recours aux satisfactions auto-érotiques.

Selon *Le Nestour* : « cette création vise à transformer la discontinuité externe imposée en une continuité interne qui intègre une temporalité créative » (49). En effet, dans l'attente de l'objet, si l'excitation est supportable, elle aboutira à une satisfaction par des moyens internes créatifs « la satisfaction interne du désir ».

Néanmoins si la frustration imposée par la mère est trop longue, l'attente ne peut pas être créativement érotisée, faisant dysfonctionner la mise en place de la continuité de la vie psychique. L'indisponibilité, les évitements ou l'incompréhension maternelle favorisent ces dysfonctionnements. A l'opposé l'excès de satisfaction ou de stimulations peut s'avérer surexcitant pour le bébé si la proximité avec la mère se transforme en promiscuité intrusive. L'aménagement d'une juste distance avec le bébé est nécessaire pour la constitution d'un narcissisme solide et l'instauration d'un objet interne fiable, nécessaire à la continuité

psychique (49).

La plupart des parents ayant un trouble de la personnalité Borderline ont eux même vécu des relations primaires émaillées de macro et/ou micro traumatismes répétitifs affectant leur processus psychique. Ils soumettent leur enfant à des états proches de ceux qu'ils n'ont pu gérer enfants. Il est compliqué pour eux de s'ajuster au nourrisson et le plus souvent ils oscillent sans transition entre une position de rapprochement-excitation puis éloignement-abandon.

Plusieurs auteurs ont mis en évidence un défaut de sensibilité maternelle chez certaines mères borderline : *Newman* et *Stevenson* retrouvent des mères moins sensibles et moins structurées dans leurs interactions avec leurs enfants par rapport aux mères témoins lors d'une séquence de jeux libre filmé puis interprétée à l'aide d'une échelle de « disponibilité émotionnelle (emotional availability) » (64,65). Ces résultats concordent avec l'étude de *Hobson* et *Crandell* qui observent en situation de jeu, des mères « plus intrusives » envers leur enfant (66).

Deux études ont permis d'observer les interactions de mères borderline : *Crandell et al* (2003)(67), aux 2 mois du bébé, et celle d'*Apter-Danon* aux 3 mois du bébé avec la procédure bien connue du « still face »(68). Les mères étaient filmées pendant qu'elles jouaient avec leur bébé puis on leur demandait d'arrêter brusquement d'interagir avec lui, en gardant un visage neutre. L'étude de *Crandell* et celle d'*Apter-Danon* observent toutes les deux que les mères présentant un trouble de personnalité borderline étaient intrusives dans leurs interactions et moins ajustées dans leurs interactions avec le bébé. En effet selon *Apter*, les mères borderline étaient moins sensibles aux signaux du bébé et avaient plus de difficultés à structurer leurs interaction avec ce dernier. Elles se percevaient comme moins compétentes et plus perturbées dans leur rôle de mère en comparaison des mères contrôles.

Macfie et *Swann* ont étudié les représentations d'attachement d'enfants de mères présentant un trouble de personnalité Borderline âgés de 4 à 7 ans à l'aide du test des histoires à compléter (69). En comparaison de la population contrôle, les narrations d'enfants de parents borderline contenaient plus d'attentes négatives vis à vis des relations parents-enfants : « Il s'en dégageait pour leurs enfants, un sentiment de danger et/ou d'imprévisibilité et des

représentations de soi, incongrues ou honteuses faisant écho à celles retrouvées au sein des récit de populations d'enfants maltraités »(70).

Bouregba décrit les parents borderline comme des icebergs, « cachant leurs troubles sous la ligne de flottaison de leur maternité (ou paternité) ». Un enfant de la fratrie serait en général élu par ce parent pour supporter les projections du groupe familial : « Ces projections peuvent s'exprimer dans leur discours, en particulier dans les prémonitions maternelles, comme elles le font dans les craintes, les espoirs et les projets des parents, névrotiques et autres, concernant leur progéniture »(51).

2.9.3 Les représentations mentales des femmes pendant la grossesse

Pendant la grossesse, la femme se construit, au niveau intra psychique, une image mentale de son enfant, d'elle même en tant que mère et de la relation qui les relie l'un à l'autre. Grâce à ces représentation, elle peut s'identifier aussi bien à un soi maternel qu'à son enfant, se préparant aussi à devenir parent. L'une des plus grande tâche que la femme doit affronter est la construction d'une nouvelle image d'elle même en tant que mère et avec l'enfant. Les différents styles maternels influencent non seulement les fantaisies, les représentations, les convictions et les attentes pendant la grossesse, mais aussi la relation précoce entre la mère et l'enfant.

Dans un travail de 1925, *Deutsch* a décrit deux styles maternels à partir de la réaction des femmes pendant la grossesse. Le premier est caractérisé par un appauvrissement du Moi et par l'investissement narcissique de l'enfant en tant qu'objet alors que dans la deuxième l'enfant est perçu comme une composante du Moi, et cela produit un narcissisme secondaire plus accentué qui se manifeste à travers une plus grande estime de soi (53).

Les changements émotionnels prennent un caractère particulier pendant la grossesse car la transparence psychique rend les femmes enceintes plus sensibles aux expériences intérieures. Les réactions émotives plus fréquentes impliquent une augmentation de l'anxiété, une plus grande préoccupation pour soi et un intérêt plus faible pour le monde extérieur.

En effet *Leifer* montre que l'accentuation des angoisses est caractéristique de la

grossesse et que cela est un reflet significatif du développement du lien d'attachement maternel. Les mères formant un degré d'attachement moins intense, expriment un degré d'angoisse inférieur ou bien sont plus orientées vers elles même(71).

Selon *Bibring* « Un retournement vers soi » intervient surtout après le deuxième trimestre et pendant le troisième trimestre, les angoisses sont centrées sur soi et le fœtus (61).

L'apparition des mouvements foetaux favorise la création des liens avec le fœtus et le fait de le reconnaître en tant qu'être séparé. Parfois les mouvements foetaux peuvent susciter des ambivalences en ce qui concerne la séparation avec le fœtus, et le lien d'attachement envers lui ne se forme pas(53).

Chez les femmes avec une intégration de la personnalité stable, la grossesse est une occasion de croissance personnelle. Elles ne sont pas menacées par les changements de leur identité personnelle et de leur image corporelle(61).

Les femmes qui ont une faible intégration personnelle ont le plus souvent des grossesses non programmées. Puisqu'elles se sentent menacées par cette grossesse, ces femmes ont tendance à ignorer ou nier les transformation qu'elle apporte. Elles expriment des ambivalences et des sentiments négatifs à l'égard du fœtus et leurs angoisses se concentrent principalement sur elles-mêmes(53).

En 1983, *Raphael-Leff* a décrit deux styles maternels (72):

La mère facilitante qui considère son enfant en termes intimes dès la grossesse et a confiance en ce que l'enfant lui communique. Pour faciliter cette rencontre, la mère s'adapte à l'enfant. La mère facilitante vit sa grossesse comme une conclusion totale de son identité féminine. Dans la première phase de la grossesse, elle vit un état de fusion avec le fœtus puis avec l'apparition des mouvements foetaux va vers un processus de différenciation. Elle va alors attribuer à son enfant des prénoms, des caractéristiques personnelles. Elle va donc commencer à se représenter en relation avec lui. C'est à cette période que les conflits identificatoires avec la figure maternelle s'activent . Si ils ont élaborés de façon adéquate, la femme accepte sa maternité, comme on peut le voir par le changement de style de vie et par son acceptation de la grossesse. Pendant que la grossesse avance, le fœtus acquiert de plus en

plus une physionomie humaine, un équilibre instable entre une extension du soi maternel et une identité séparée (72).

La mère régulatrice qui considère son enfant comme un ensemble de besoins qu'elle doit définir pour en régler la gratification et qui en même temps se voit elle-même dresser son enfant et le faisant s'adapter à la réalité de l'environnement. Pendant la grossesse, celle-ci tente de résister à la désorganisation transitoire en accentuant son système défensif et en amplifiant son fonctionnement rationnel. Le plus souvent elle continue de travailler jusqu'à la fin de la grossesse. Elle maintient l'expérience de grossesse le plus éloigné possible. A mesure que la grossesse avance, la femme est souvent tourmentée par les angoisses relatives au fœtus par rapport à l'accouchement(72).

Selon Amanitti les représentations de l'enfant pendant la grossesse ne sont pas fiables et ne sont pas en mesure de prédire de façon significative l'évolution de la relation entre parent et enfants. Cependant, pour lui la représentation de la mère de ses propres liens d'attachement infantiles a un degré de prédictibilité incroyable en ce qui concerne le futur attachement de l'enfant(53).

Nous pouvons donc imaginer que pour les mères borderline qui ont le plus souvent des représentations internes de parents distants, peu affectifs, fragiles voir violent un accompagnement des premiers liens est indispensable.

2.9.3.1 Résumé : les difficultés traversées par les mères borderlines pendant la grossesse

En pré natal :

La désorganisation identitaire : La grossesse en tant que crise maturative oblige la future mère à réinvestir les images parentaux et s'y identifier afin de devenir mère et quitter sa place d'enfant de ses parents. Or ce travail va être figé chez les mères borderline car le plus souvent il réveille une histoire douloureuse, voir traumatique. Fonagy fait le lien entre l'attachement insécure/préoccupé et le trouble de la personnalité Borderline. On retrouve une confusion, une colère et une anxiété importante qui envahissent le sujet dans ses liens(42).

L'adaptation aux différentes étapes de la grossesse :

Les angoisses sous-jacentes particulières au trouble de la personnalité Borderline (abandon, vide, dévoration) ainsi que leurs mécanismes de défense (déné, clivage, idéalisation..) vont modifier les différentes étapes de la grossesse en hypertrophiant ces moments habituels évolutif et les rendre plus bruyants et périlleux. Les angoisses sont majorées autour de l'accouchement notamment autour de la peur de destruction du corps de l'enfant.

Les femmes borderline ont une faible intégration personnelle et elles peuvent se sentir menacées par cette grossesse. Elles ont tendance à ignorer ou nier les transformations qu'elle apporte tant au niveau psychique que corporel et elles expriment des ambivalences et des sentiments négatifs à l'égard du fœtus. Leurs angoisses se concentrent principalement sur elles-mêmes et il peut y avoir une somatisation importante. On peut penser que c'est à cette période qu'elles sont en demande de soins psychiques.

En Postnatal :

Les distorsions interactives :

Les mères Borderlines sont décrites comme moins sensibles et moins structurées dans leurs interactions avec leurs enfants(53). *Le Nestour* évoque le chaos et la discontinuité de leurs interactions(73).

Fonagy évoque la transmission transgénérationnelle des schèmes d'attachements, notamment chez les patients Borderlines dont les parents ont le plus souvent des troubles rentrant dans le spectre des Etats Limites(42). *Le Nestour* évoque également le fait que ces patientes rejouent de manière compulsive les péripéties pénibles de leur développement infantile. Les parents Borderlines soumettent leurs enfants à des états proches de ceux qu'ils n'ont pu gérer enfants. Il est compliqué pour eux de s'ajuster au nourrisson et le plus souvent ils oscillent sans transition entre une position de rapprochement-excitation puis éloignement-abandon.

2.10 L'accompagnement de la parentalité borderline

Selon *Cousineau*, il existe différentes catégories de patients borderline (74):

Dans un pôle du continuum les patients borderline peu fonctionnels qui répondent aux critères du DSMIV, qui sont désadaptés socialement, impulsifs et manquant d'insight

.A l'autre bout du continuum on retrouve les patients plus fonctionnels : ils fonctionnent raisonnablement bien au plan social (plus difficilement dans les relations intimes), ils ne remplissent pas complètement les critères du DSMIV, ils sont moins impulsifs et ont une meilleure capacité d'insight. On peut donc retrouver entre ces deux pôles toutes les variétés de personnalité borderlines, de fonctionnelle à dysfonctionnelle. Un tel continuum clinique peut expliquer les divergences dans la littérature au niveau thérapeutique.(49)

Au moins deux recommandations internationales fournissent des guidelines quant aux prises en charge des patients présentant un trouble de la personnalité Borderline (74). La psychothérapie y apparaît comme le traitement de première ligne, les médicaments ayant un rôle dans les périodes de décompensation aiguë. La prise en charge est en faveur d'une hospitalisation courte dans le cadre de la crise ou de l'ambulatoire(10,75).

Plusieurs modèles d'intervention ont été proposés mais il existe peu de données empiriques concernant le traitement efficace de ce trouble. L'étude de *Linehan* en 1993 portant sur la thérapie dialectique comportementale démontre qu'après un an, les patients borderline traités avec cette approche réduisent leur comportements suicidaires, sont moins souvent hospitalisés et sont moins impulsifs (76)

Plusieurs types de psychothérapies sont disponibles pour les patients souffrant d'un trouble de la personnalité borderline : cognitives, comportementales, interpersonnelles ou psycho-dynamiques. L'approche dialectique-comportementale et l'approche basée sur la mentalisation se centrent plutôt sur les symptômes aiguës : auto mutilation, crise suicidaire, impulsivité, instabilité affective(77).

La psychothérapie centrée sur le transfert vise plutôt les symptômes chroniques : insécurité de l'attachement, perturbation de l'identité, vide intérieur(78).

Des études comparant la TCC au « traitement habituel » du patient montrent que celle-ci est plus efficace pour les gestes auto-agressifs, les comportements à risque et les idées suicidaires(78). La psychothérapie dialectique-comportementale était plus efficace que le « traitement habituel » pour réduire les comportements d'auto mutilation mais pas pour la diminution des conduites à risque et du risque suicidaire(76).

2.10.1 L'utilisation du système de soin par les patients borderlines

Cailhol a décrit dans son étude en 2010, l'utilisation et la navigation dans les soins des patients borderline (76). Il s'est appuyé sur l'étude de *Fallon* en 2003 qui décrit le parcours des patientes borderline dans les soins comme « un voyage » « une traversée » entre des mouvements de dépendance aux soins et des mouvements d'indépendance(79). Selon *Cailhol* les patients borderline ont une utilisation erratique des soins par mouvement ou raisonné par navigation.

Il distingue un premier groupe de patients naviguant dans le système de soin de façon constructive et cohérente et de l'autre un deuxième groupe de patients en perpétuelle mouvance utilisant le système de soin en miroir de leur chaos interne :

- Le premier groupe correspond à une utilisation du système de soin importante et progressive, adaptée au stade de changement du patient avec une réduction progressive des symptômes aigus du trouble de la personnalité borderline au fil du temps.
- Le second groupe correspond à une utilisation des services de soin marquée par l'instabilité, des hospitalisations itératives dans différents établissements, de nombreux changements de thérapeutes et l'absence de responsable du dossier. Ces parcours de soin selon *Cailhol* sont peu corrélés avec l'apprentissage d'une meilleure gestion du trouble par la personne atteinte(80).

Selon lui l'implication du patient dans une démarche structurée n'est possible que si la relation thérapeutique échappe à l'instabilité caractéristique de ce trouble de la personnalité. Le premier groupe décrit représenterait alors un « sous groupe » de patient qui pourraient éventuellement accéder à la psychothérapie. Les patients du deuxième groupe au fonctionnement plus désorganisé se confrontent de façon peu efficace aux structurations de traitement proposés et aux rigidités des systèmes de soins. De plus il décrit la fragilité de l'alliance thérapeutique nécessitant un accord sur le but des soins, ce qui est complexe car l'instabilité de l'identité complique ce choix d'objectif qui devient fluctuant dans le temps et en fonction des situations(80).

Les recommandations actuelles pour le traitement du trouble de la personnalité Borderline sont donc paradoxales car elles demandent à des patients instables et impulsifs de s'inscrire dans des projets de psychothérapie à long terme nécessitant une stabilité et un auto-contrôle.

De plus même lorsque des soins spécialisés dans les troubles de la personnalité sont disponibles, il semble que les patients ne soient pas efficacement dirigés vers eux(80). Des données issues des urgences de Genève à partir de patients admis pour IMV montre que les patients borderline sont repérés, qu'ils présentent des facteurs de gravité, mais qu'ils ne sont pas orientés différemment des autres patients et donc n'accèdent pas aux programmes de soins qui leurs sont dédiés(80).

Cailhol conclut que ces données ne permettent pas de savoir si cette faible accessibilité est liée à la désorganisation mentale des patients présentant un trouble de la personnalité borderline ou à une certaine désorganisation du réseau de soin face au défi que représente le traitement du trouble de la personnalité borderline(80).

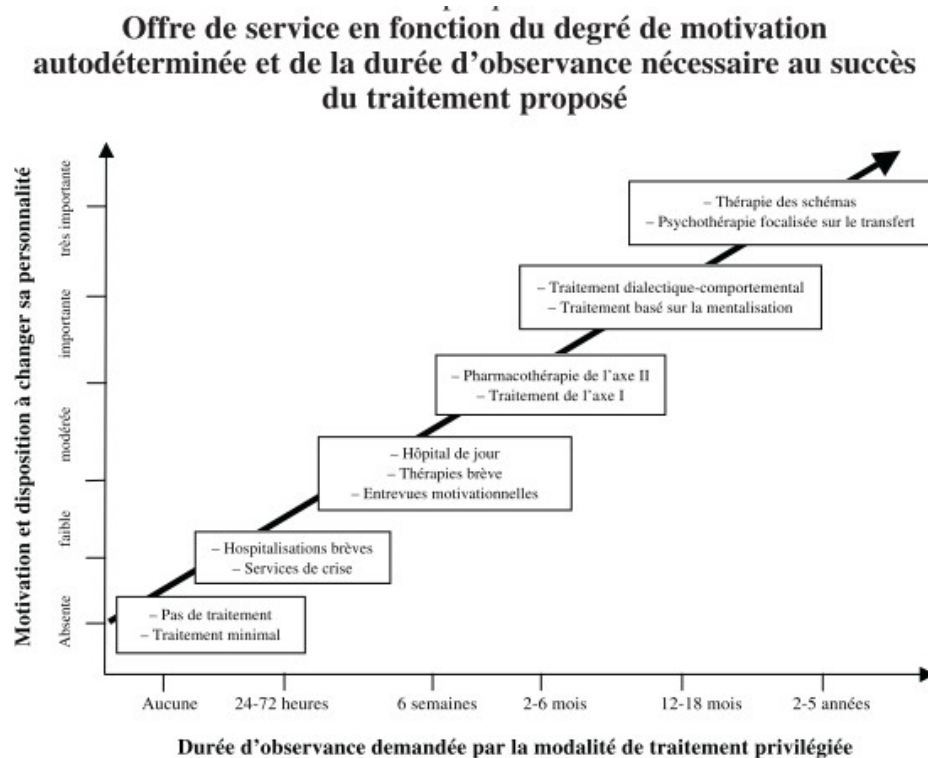
Bouchard a développé au Québec des formations de soutien aux intervenants en santé mentale autour de la prise en charge du trouble de la personnalité Borderline(81). Il décrit dans une études 6 stratégies pour limiter le risque d'impasse dans le soin des patients Borderlines(78):

1) Faire une offre de service structurée et selon le degré de motivation

Comme le pointe *Cailhol*, les patients borderline sont rarement orientés vers les services de soin spécialisés même si ils sont disponibles dans leur région(78). Selon *Bouchard* les causes peuvent être autant attribuables aux caractéristiques du réseau de soin (pas d'évaluation diagnostique de l'axe II, faible organisation de l'offre du service, visé de soin à court terme, instabilité du personnel, communication interdisciplinaire limité) qu'aux caractéristiques des patients (désorganisation de la demande d'aide, besoin de solutions rapides, ambivalence à changer, faible autocritique, anosognosie).

Le réseau de soin devrait donc idéalement répondre à la désorganisation de la demande d'aide de ces personnes en offrant des programmes de soins définis, organisés sur le long terme, cohérents avec la gravité du trouble de la personnalité (80). Il s'agit selon lui d'aménager, d'adapter le traitement afin d'éviter de rejeter ou de contraindre le patient et ainsi de compromettre une démarche de changement.

Ainsi il propose différentes modalités de soin allant du traitement minimal ou service de crise pour les patients les plus désorganisés à la psychothérapie centrée sur le transfert pour les patients plus stables et fonctionnels. Il propose le schéma suivant (78,79) :



2) Eviter l'offre hâtive d'une psychothérapie à long terme

L'auteur insiste sur la nécessité de prendre le temps d'échanger avec le patient sur le sens de sa demande d'aide et sur sa façon de comprendre ses difficultés. Il propose de commencer par des modalités de traitement bref basé sur la thérapie dialectique comportementale brève (78).

3) Un cadre thérapeutique structuré et cohérent

Il insiste sur l'importance d'un cadre de traitement avec des règles simples indispensables au développement d'une relation thérapeutique : « sécurité, bonne foi, respect, motivation à changer, être honnête, assumer la responsabilité de ses actes etc.. ».

4) Prendre conscience des attitudes négatives à l'endroit du trouble de la personnalité Borderline

On retrouve dans plusieurs études la notion d'attitude négatives des professionnels envers les patients borderline liées de façon générale à leur refus des soins, aux conflits qu'ils peuvent générer dans une équipe. (78) (82) Il est probable que ces réactions négatives soient également responsables d'impasses de soin et contribuent à la chronicité des manifestations.

5) Etablir une véritable alliance

Selon *Bouchard* une véritable alliance nécessite que chaque partie s'entende sur ce qui doit se faire en thérapie pour améliorer la situation du patient. Il faut une entente sur les objectifs de la relation thérapeutique et le type de changement qui serait bon pour le patient.

6) Adopter une attitude d'acceptation radicale, de validation et de mentalisation

Selon *Lineham* : « la validation de la légitimité de l'émotion du patient a souvent pour effet immédiat de réduire l'intensité émotionnelle et de rétablir quelque peu la collaboration »(78)(77). L'auteur insiste sur « la nécessité d'accepter notre impuissance à pouvoir soulager rapidement la souffrance morale du patient, d'accepter aussi ce qu'il a d'attachant, de choquant et de repoussant chez ce dernier »(78).

2.10.2 Les attentes vis à vis des soins et le vécu des soins par les patients borderline dans la littérature

2.10.2.1 Les attentes vis à vis des soins

Crawford et *Cunningham* ont étudié les attentes vis à vis des soins des patients présentant un trouble de la personnalité Borderline, ils en dégagent plusieurs tendances (78) (83)

- La relation thérapeutique souhaitée par le patient serait de type collaborative, égalitaire, non jugeante, avec un engagement fiable dans le temps (84).
- Les patients percevraient une hostilité des services de soin, une méconnaissance du trouble et un manque de structures adaptées (85)
- Ils mettent en avant la nécessité d'une souplesse et d'une accessibilité plus simple aux soins (entretiens individuels, ligne téléphonique, lits de crise) (86).

Il y a peu d'étude qualitative en France sur le rapport au soin des patients présentant un trouble de la personnalité Borderline. *Cailhol* pu faire une étude sur une petite population dans le Tarn et Garonne (83). Il a interrogé les patients et les acteurs de la prise en charge sur leurs besoins et ce qu'ils attendaient quant à la prise en charge. Il a relevé 4 dimensions dans les réponses des patients :

Les patients :

- Le besoin de repères
- Le besoin de validation
- Un réseau de soin contenant
- La présence d'intervenants formés à la prise en charge du trouble de la personnalité borderline.

Cailhol définit la validation comme la reconnaissance et l'acceptation par les professionnels du vécu du patient dans une attitude empathique. C'est à dire une absence de jugement, une attention bienveillante et la prise en compte de la souffrance exprimée par le

patient (85). Cette notion prend le pas chez les patients sur le désir de changement ou de soigner une partie malade de soi (85) .

Les soignants seraient dans une demande d'un réseau plus opérant qui permettrait aux patients de suivre un parcours de soins cohérent en limitant le risque de rupture. Or ce n'est pas la demande des patientes(85). En effet selon *Cailhol* : « Tout se passe comme si le besoin ressenti de stabilité mis en avant par les professionnels venait s'inscrire contre leur expérience de rupture de soin avec les patients »(87). En effet les patients demandent une disponibilité des soignants alors que leur stabilité n'est jamais citée. Il s'agirait plus d'avoir une réponse rapide (lits d'urgence, permanence téléphonique) quand le patient demande de l'aide que proposer un intervenant stable dans le temps(85).

Plusieurs études ont étudié les qualités des professionnels souhaités par les patients borderline :

- Pour *Langley et Klopper*(87) : « le clinicien doit être perçu comme une personne disponible et accessible, qui essaie de comprendre leur état d'esprit ou leurs émotions. Celui-ci devrait les écouter vraiment et les accepter tels qu'ils sont ; cela leur confère le sentiment d'être tenu et contenu ».
- Pour *Fallon*(88) : l'honnêteté, l'empathie, la flexibilité et le respect sont les qualités les plus importantes des soignants. « Il devrait considérer le patient comme une personne adulte, demeurer calme, ne pas réagir outre mesure à une question débattue et maintenir la confidentialité ».

Fallon conclut que malgré les expériences négatives avec les équipes de soin, les patients considèrent toujours les services de soin psychiatriques comme une aide(79).

Elle met également en évidence que les patients borderline considèrent les relations aux autres comme un moyen de contenir leurs émotions négatives malgré leurs difficultés à faire confiance. (88) Ils se sentent plus en sécurité si leurs émotions sont endiguées et contenues.

Les patients participant à cette étude indiquent qu'ils ne demandaient pas une thérapie mais simplement être écouté et que du temps et du soutien affectif leur soit octroyé. Les personnes qui ont été honnêtes avec eux et qui ont établi des limites claires, sans être punitives ou jugeantes, ont été identifiées comme des personnes en qui ils pouvaient avoir

confiance(79). Selon *Koekkoek* les patients Borderlines ont besoin de temps pour faire confiance à un soignant et ne peuvent le faire qu'après un certain temps que les professionnels ont tendance à sous estimer(79).

2.10.2.2 Le vécu des soins par les patients borderline

Une étude Australienne en 2011 a été conduite dans le but de comprendre l'expérience des personnes présentant un trouble de la personnalité Borderline dans le système de soin public et privée(89). 65,4 % des personnes ayant répondu déclarent avoir été traité de façon irrespectueuse par les professionnels de la santé mentale et ont pu rapporter de multiples exemples de discrimination envers eux, particulièrement lors des hospitalisations.

Ces patientes ont identifié les multiples difficultés qu'ils rencontraient le système de soin :

- 70,5 % évoquent le fait de ne pas avoir été pris au sérieux
- 57,1 % évoquent des discriminations liées à leur diagnostic
- 53,6 % évoquent le fait de ne pas avoir été respecté

Les patientes ont rapporté des difficultés pour accéder aux services de soin pour 52 % d'entre eux. Les difficultés les plus fréquentes étant :

- les délais de rendez-vous,
- le frein financier
- habiter trop loin des lieux de soin
- avoir le sentiment que leur plainte était considérée comme peu importante ou pas assez grave.

Concernant les médecins traitants, 50,5 % des patients les considéraient et comme aidant et bienveillant, 29 % les considéraient comme neutre et 20,6 % comme non aidant.

Leurs médecins traitants les adressaient à :

- un psychiatre 64% des cas
- un psychologue 60,4% des cas
- un service de santé mentale 37,7 % des cas
- Travailleurs sociaux, ergothérapeute 11,7 % des cas

Concernant les hospitalisations :

- 39,3 % des patients rapportaient avoir été hospitalisé dans un hopital public
- 16, % rapportaient avoir été hospitalisé dans le privé
- 15,9 % ont été hospitalisé dans les deux types de structures mais majoritairement dans le public (les commentaires indiquant qu'ils avaient eu recours au privé quand il y avait de la place mais que le public reste l'option la plus accessible)
- 21,8 % ont été hospitalisé dans les deux types de structure (majoritairement dans le privé grâce à leur médecin traitant et dans le public quand il n'y avait plus de place disponible).

Les patients utilisant l'hopital public (66%) expliquent y avoir été admis contre leur volonté et 57,4 % ont expliqué avoir eu des demandes d'admission en hospitalisation libre refusées. La raison la plus fréquente de refus de l'admission est le faible nombre de lits et leur symptomatologie qui n'était pas assez sévère. Un refus ayant pour base la sévérité de leurs symptômes a été rapportés chez les utilisateurs de l'hopital public et de l'hopital privé.

Aux Etats Unis, il semble que le diagnostic de trouble de la personnalité Borderline soit l'un des plus stigmatisé. Les patients vivant avec ce diagnostic, (la majorité étant des femmes) sont souvent marginalisées et se voient refuser le plus souvent l'accès aux services de soin(90). Une étude intitulée le trouble de la personnalité Borderline : la voix des patients, a cherché à connaître l'expérience de vie des patients diagnostiqués Borderline(91). Trois thèmes ont été dégagé des réponses des patients : « vivre avec une étiquette », « vivre avec des comportements auto-agressifs qui sont perçus comme de la manipulation », « vivre avec un accès limité aux soins »(92).

On retrouve dans la littérature Américaine plusieurs études sur le vécu des soignants notamment des infirmiers concernant la prise en charge des troubles Borderlines. Les résultats montrent une proportion importante d'émotions et d'attitudes négatives envers les patients présentant un trouble de la personnalité borderline(92). La majorité des infirmières percevaient les patients Borderlines comme manipulateurs et plus d'un tiers rapportaient ne pas savoir comment les prendre en charge(82).

2.10.3 La prévention et le réseau périnatal

Les troubles de la personnalité et les dysfonctionnements narcissiques graves sont de mieux en mieux repérés. Les professionnels du domaine périnatal et de la petite enfance prennent maintenant en compte l'impact de la pathologie parentale sur la construction psychique des bébés et le travail de réseau en pré natal permet un maillage et des soins précoces.

Les professionnels du réseau peuvent parfois être submergés par le parcours de vie chaotique de parents borderline, les discontinuités négligentes ou violentes vis à vis d'un enfant précédent. Il est donc nécessaire qu'un travail d'articulation transdisciplinaire puisse se mettre en place dans le réseau, afin que chaque professionnel puisse se sentir à sa place et que le cadre de soin soit contenant pour ces familles.

C'est seulement après ce travail d'articulation transdisciplinaire selon *Le Nestour* que peut se mettre en place une consultation en milieu spécialisé qui permettra « d'analyser les difficultés actuelles et passées, de nouer une alliance et de fournir à chacun (parent/bébé), si possible, des soins appropriés au développement »(49). En effet *Le Nestour* souligne la nécessité d'un réseau périnatal permettant de repérer ces familles où se pose le problème de la transmission transgénérationnelle des carences et des maltraitances(63). La rencontre de ces familles précocement, idéalement en amont d'une grossesse peut permettre une « sorte de répartition des cartes plus favorable », souhaitée par des parents entravés par les répétitions des carences et des maltraitances. Le rôle des professionnels est de tenter de créer un environnement fiable, cohérent et durable pour accompagner ses familles, comprendre les difficultés passées et actuelles et sortir du chemin de la répétition.

Le plan périnatalité en 2005 met en avant la nécessité d'un travail de réseau des professionnels de la périnatalité (49). L'arrivée d'un enfant permet aux parents d'être en contact avec de nombreux professionnels : sage femme, maternité, crèche, PMI. Ces professionnels de prévention et de santé sont donc en première ligne avec leur travail d'étayage et d'ouverture, leur écoute bienveillante pour dépister les patientes ayant un trouble de la personnalité.

2.10.4 L'accompagnement de la parentalité borderline sur Poitiers

2.10.4.1 Le parcours de soin de la grossesse au Post-partum

Nous avons choisi de décrire les différents parcours de soin pour une femme enceinte nécessitant des soins psychiques sur Poitiers. Nous détaillons dans un second temps les différents types d'institution.

La première étape est la rencontre avec un médecin (gynécologue, médecin généraliste) au début de la grossesse. Lors de cette première étape si des éléments de fragilité sont présents (pathologie psychiatrique, précarité sociale, difficultés éducatives pour les enfants précédents, Mère mineure etc.), le médecin peut adresser ces futures mères nécessitant une attention particulière au services de PMI du secteur et notamment à la Sage Femme.

L'entretien prénatal du 4 ième mois peut se faire chez une Sage Femme libérale, la Sage femme de PMI ou les Sage femmes de consultation du CHU. Cet entretien permet d'échanger autour du vécu émotionnel de la femme enceinte et de repérer les facteurs de vulnérabilité que la grossesse peut faire apparaître (anxiété, dépression) ainsi que de pouvoir proposer une orientation vers un accompagnement spécifiques par exemple pour les femmes ayant des troubles psychiatriques préexistant. Le futur père est également inclut dans ces entretien afin de prendre en compte le projet de naissance de la femme et du couple. Cet entretien est d'une importance capitale car il permet le dépistage des différents facteurs de vulnérabilité et de proposer un étayage aux mère ayant besoin d'une attention particulière.

Les 7 examens médicaux pendant la grossesse (un avant le troisième mois et six entre le quatrième et l'accouchement) seront des moments clés pour réévaluer les besoins d'accompagnement des futurs mères notamment en terme de soin psychique. Ils peuvent avoir lieu chez un médecin ou une sage-femme.

Tous ces acteurs du début de la grossesse : Médecin généraliste, Gynécologue, Sage-femme, assistante sociale peuvent adresser les futurs mères vers les différents acteurs du soin psychique sur Poitiers :

- L'équipe de pédopsychiatrie de liaison sur la maternité (Psychologue, Pédopsychiatre,

infirmière, assistante sociale) qui reçoit les futurs mères au niveau du service de consultation de la maternité.

- CMPEA petite enfance si les futurs mères ont déjà rencontré le service, par exemple si un enfant est déjà suivi en Pédopsychiatrie.
- La psychiatrie de secteur adulte sur le CHL : (CMP de secteur, services d'hospitalisation, CMP intersectoriels :CECAT) si les futurs mères présentent des troubles psychiatriques anciens (suivis ou non) ou une décompensation psychiatrique pendant la grossesse.
- L'unité Mère-Bébé du CHL qui travaille en partenariat avec la pédiatrie du CHU et qui peut recevoir les futurs mères en consultation pré natale notamment si une hospitalisation est envisagée dans le Post Partum.
- Psychologue ou psychiatre libéral
- Psychologue de la Protection Maternelle infantile
- Psychologues des dispositifs d'accueil parent/enfant sur Poitiers lors que les parents sont accueillis sur ces structures.

Il y a donc de multiples lieux d'adressage pour les soins psychiques des futurs mères et on peut imaginer que les partenaires médicaux et du réseau peuvent avoir des difficultés à bien cerner les différences de chacun et avoir des liens réguliers avec eux.

Le séjour sur la maternité lors de l'accouchement peut permettre d'assurer le continuum entre les séances de préparation à la naissance et à la parentalité avant la naissance et la guidance parentale à la maternité en valorisant les compétences des futurs parents. Lors du séjour les équipes (Sage-femmes, puéricultrices, pédiatres, obstétriciens) ont pour mission d'être attentif aux difficultés pouvant survenir dans le Post-Partum.

Le temps court du séjour sur la maternité n'est pas toujours suffisant pour avoir une évaluation satisfaisante. L'équipe de Pédopsychiatrie de Poitiers est présente de façon quasi-quotidienne sur la maternité de Poitiers (interne, psychologue ou pédopsychiatre) et peut venir à la rencontre de ces mères lors de leur séjour à la maternité à leur demande ou après proposition de l'équipe. Des consultations leurs sont proposées si besoin dans le post-partum

sur la maternité ou sur le CMPEA petite enfance de Poitiers en fonction de l'indication. L'infirmière de l'équipe peut également faire des visites à domicile. Le médecin pédopsychiatre a un rôle capital pour l'orientation des futurs mères vers les soins dans le post-partum. Il fait le lien entre les différents partenaires du réseau en fonction des observations sur la maternité et il peut adresser la patiente vers:

- les consultations ambulatoires sur la maternité ou le CMPEA petite enfance (psychologue ou pédopsychiatre) et visite à domicile si besoin avec une infirmière.
- Le psychiatrie adulte référent si la patiente est déjà suivie sur le secteur ou hospitalisée
- L'Unité mère-bébé
- Un suivi libéral : psychologue ou psychiatre
- PMI, dispositifs d'accueil parents-enfants pour un étayage plus complet.

Dans le post-natal, une visite est obligatoire dans les 6 à 8 semaines après la naissance de l'enfant. Elle peut être assurée par un médecin ou une sage-femme. Ce moment de dépistage est très important notamment pour dépister les dépressions du post-partum.

Le passage d'une puéricultrice de PMI à domicile est souvent proposé aux mères présentant des facteurs de vulnérabilité. En effet la PMI reçoit les déclaration de naissance et peut donc proposer le passage de la puéricultrice à domicile en priorisant celle ayant des facteurs de vulnérabilités (primiparité, gémellité, jeune âge de la mère, isolement social, précarité, troubles psychiques etc.).

2.10.4.2 L'équipe de liaison de pédopsychiatrie sur la maternité

Le pôle de Pédopsychiatrie de Poitiers propose l'intervention d'une équipe de liaison sur la maternité dans le cadre d'un travail de prévention, de dépistage et de soins précoce autour de la période périnatale.

L'équipe est constituée d'un médecin pédopsychiatre, d'une psychologue, d'une infirmière et de l'assistante sociale de la maternité. Elle travaille en collaboration avec les

obstétriciens, les sages-femmes et les pédiatres de la maternité (consultation, hôpital de jour, hospitalisation) et le service de Néonatalogie.

Un travail de collaboration est mis en place avec l'UMB, avec des synthèses régulières permettant une continuité entre le suivi sur la maternité et l'hospitalisation sur l'Unité mère bébé quand elle est nécessaire.

Des synthèses régulières avec les équipes du réseaux périnatal sont organisées notamment avec la PMI. Elles permettent un temps d'échange clinique autour des situations complexe et la présentation des mères que les sages-femmes souhaitent adresser à l'équipe de pédopsychiatrie.

Le travail de l'équipe de pédopsychiatrie sur le lieu de la maternité a deux axes principaux (93)

- d'une part l'accompagnement de l'équipe à la prise en compte de la réalité interne des soignants et des patients dans l'institution et de façon singulière autour de chaque situation clinique.
- D'autre part une organisation des soins psychiques respectueuse du fonctionnement psychique parental de cette époque de la vie et de la continuité entre le pré et le post natal.

Pour *Alvarez* « l'enjeu quotidien pour les cliniciens de la maternité est celui de problématiser les composantes humaines, médicales et éthiques autour de l'avènement d'un enfant singulier, pour en dégager une déclinaison unique pour chaque situation(94). »

Lors de leur sortie de la maternité les patientes peuvent être rencontrées par l'équipe dans le post-partum sur la maternité ou au niveau du CMPEA petite-enfance.

2.10.4.3 Le CMPEA petite enfance

Le CMPEA petite enfance est une structure dédiée à la petite enfance qui reçoit les enfants de la naissance à l'âge de 6 ans. C'est un des relais principaux de l'équipe de liaison en pédopsychiatrie de la maternité de Poitiers. L'équipe est constituée de médecins pédopsychiatre, de psychologues, de psychomotriciennes, d'infirmiers et d'une assistante sociale.

Les membres de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sur la maternité ont un temps de consultation sur le CMPEA ce qui permet une continuité des suivis vers cette structure. Les situations de la maternité nécessitant un suivi sur le CMPEA sont présentées lors de réunions institutionnelles régulières. Le CMPEA participe également aux réunions avec le réseau périnatal.

2.10.4.4 L'unité mère/enfant

Une unité d'hospitalisation conjointe mère/enfant travaillant en collaboration avec le service de pédiatrie du CHU existe sur Poitiers depuis plusieurs années. Elle propose des consultations en pré et post-partum ainsi qu'une prise en charge en hopital de jour ou en hospitalisation complète dans le post-partum. Les patientes sont adressées par l'équipe de la maternité, les services de secteur du CHL ou les partenaires extérieurs (PMI, Sages femmes en libéral..). L'équipe est constituée d'un médecin psychiatre, d'une psychologue, d'un pédiatre et d'une assistante sociale (travaillant également sur la maternité du CHU) ainsi que d'une équipe paramédicale. Il existe 16 Unité mère-enfant en France pouvant accueillir des dyades à temps complet.

L'unité mère enfant permet d'observer des bébés dont la particularité est d'être confronté dès les premières semaines de vie à des mères désorganisées sur le plan psychique (95). Il peut s'agir de femmes indemnes de toute pathologie psychiatrique qui ont décompensé à la naissance du bébé ou de mères antérieurement suivies en psychiatrie, essentiellement pour des troubles psychotiques. L'unité accueille également des femmes présentant des troubles de la personnalité et dont l'histoire personnelle est souvent marquée par des carences affectives, des traumatismes divers et des placements à l'Aide social à l'enfance (96)

Les pathologies psychiatriques entravent la mise en place des premiers liens d'attachement et vont vulnérabiliser l'éveil psychique de ces bébés (96). L'objectif de l'unité mère bébé est donc de pouvoir étayer l'instauration et l'organisation des premiers liens entre la mère et l'enfant.

3 Deuxième partie : Méthodologie de la recherche et résultats

3.1 La problématique, les hypothèses générales et la question

Que se passe-t-il lors de la rencontre entre la patiente Borderline au trouble protéiforme et astructurel et un réseau périnatal où la multiplicité des intervenants et le manque de communication peut favoriser le clivage ?

On sait que l'accès à la parentalité est complexe pour les mères borderline, en effet la naissance d'un enfant implique une lourde tâche. Elles doivent renoncer progressivement à une position infantile alors que leurs possibilités d'identification à une figure parentale sont au mieux clivées, au pire inexistantes, du fait de vécus traumatiques infantiles fréquents.

Les interactions des mères présentant un trouble de la personnalité borderline (TPB) sont marquées par « le chaos apparent qu'elles imposent au bébé » (96). Les interactions entre les mères borderline et leur bébé ont donné lieu à quelques études notamment sur l'attachement désorganisé. Selon *Von Ijzendoorn*, l'attachement désorganisé du bébé augmenterait l'apparition des difficultés psychiques, elles même aggravées par les troubles relationnels qui en ont établi les prémices (62).

Les principales études sur les troubles des interactions entre les mères borderline et leur bébé (*Crandell (97)* et *Apter-Danon(67)*) concluent à une altération des interactions mère-enfant chez les mères borderline. Les mères présentant un trouble de personnalité borderline seraient intrusives et moins sensibles que les mères témoins dans leurs interactions avec le bébé. Selon *Apter*, les mères borderline se percevraient comme moins compétentes et plus perturbées dans leur rôle de mère en comparaison aux mères contrôles.

Macfie et Swann ont étudié les représentations d'attachement d'enfants de mères présentant un trouble de personnalité Borderline âgés de 4 à 7 ans à l'aide du test des histoires à compléter (68). En comparaison de la population contrôle, les narrations d'enfants de parents borderline contenaient plus d'attentes négatives vis à vis des relations parents-enfants. « Il s'en dégageait pour leurs enfants, un sentiment de danger et/ou d'imprévisibilité et des représentations de soi, incongrues ou honteuses faisant écho à celles retrouvées au sein des

récit de populations d'enfants maltraités »(98).

En résumé nous pouvons dire que les patientes souffrant du trouble de la personnalité borderline peuvent être en difficulté dans l'accès à la parentalité notamment dans la relation avec leur bébé. Ces difficultés d'ajustement dans la relation au bébé sont liées à leurs mécanismes de défense et aux représentations qu'elles ont d'elle même et des autres. Les distorsions interactives peuvent entraîner des troubles de l'attachement ce qui peut augmenter le risque d'apparition de difficultés psychiques pour l'enfant au cours de son développement psycho-affectif. Par ailleurs, les mères borderline se perçoivent comme moins compétentes que les autres mères. On peut donc penser qu'elles ne sont pas satisfaites du lien à leur enfant et pourraient être en demande d'un accompagnement et de soins psychiques.

Or, nous avons constaté lors de nos différents stages qu'elles adhéraient peu à un suivi mère-enfant lorsqu'on leur proposait.

On retrouve dans la littérature les différentes difficultés repérées par les soignants pour accompagner ces patientes :

- L'espace investi pour la mère et l'intérêt porté à l'enfant à venir qui peut susciter des rivalités et des réorganisation qui rendent ses interactions complexes
- Le travail d'élaboration autour des représentations de la grossesse entravé par des difficultés de symbolisation
- La relation duelle marquée par des ruptures quand celle ci devient trop menaçante
- le cadre de soin qui est fréquemment sujet à des attaques (selon Apter « un cadre souple, s'adaptant à la mère tout en restant contenant est nécessaire, ce cadre étant fréquemment attaqué pour « expérimenter » (62)
- Le contre transfert souvent négatif des soignants percevant ce type de patient comme manipulateur
- De plus les soignants pointent souvent l'anosognosie des patientes comme un frein pour l'alliance dans les soins.

Par ailleurs on retrouve beaucoup dans la littérature les réactions et ressentis des thérapeutes lors de la prise en charge des patients borderline mais peu la paroles des patients. *Cousineau* cite *Masterson* lors de sa conférence à l'institut Pinel le 22 Novembre 1996 : « une

partie de la littérature sur les patients borderline décrivait plus les réactions des thérapeutes que les patients en tant que tels ! »(74) Les études sur le vécu des soins par les patients borderline indiquent que ceux-ci ont l'impression d'être stigmatisé, de ne pas être pris au sérieux, de ne pas être respecté par les soignants(99).

Notre objectif est donc de recueillir le vécu des soins des mères borderlines afin de répondre à notre question : « Comment pacifier la rencontre des mère souffrant du trouble de la personnalité borderline avec les soins afin qu'elles puissent mettre un sens au suivi et ne pas se sentir stigmatisé ».

3.2 Matériel et méthode

3.2.1 Critères d'inclusion et d'exclusion

3.2.1.1 Critères d'inclusion

- Femme dans le pré ou le post-partum acceptant de participer à l'étude.
- Suivies sur les maternités du CHU de Poitiers et du centre hospitalier Camille Guerin à Châtellerauld entre juillet 2015 et juillet 2016.
- Présentant un trouble de la personnalité borderline diagnostiqué à l'aide du questionnaire MSI BPD.
- A qui un suivi psychologique est proposé ou pour lesquelles un suivi psychologique est en cours.
- Parlant suffisamment bien le français.

3.2.1.2 Critères d'exclusion

- Décompensation psychotique.
- Pathologie somatique menaçant le pronostic vital de la mère ou de l'enfant pour des raisons éthiques.

3.2.2 Etude principale

3.2.2.1 Recrutement

La population de cette étude observationnelle est recrutée au niveau de la maternité du CHU de Poitiers ainsi qu'au niveau de la maternité du centre hospitalier Camille Guerin à Châtellerauld. Nous avons demandé aux équipes de pédopsychiatrie de liaison de ces deux maternités de nous adresser les patientes présentant un trouble de la personnalité borderline,

bénéficiant de leurs soins et à qui il était annoncé que les soins psychiques allaient se continuer dans le post-partum. L'étude leur a été présentée comme un recueil du ressenti des patientes vis à vis des soins psychique autour de leur grossesse et spécifiquement dans le post-partum afin d'améliorer et d'ajuster au mieux les soins proposés. La période de recrutement s'est déroulé de Juillet 2015 à Juillet 2016.

3.2.2.2 Déroulement de l'étude

Les patientes ont été rencontrées lors de deux entretiens sur leur lieu de suivi (maternité, Unité Mère-bébé, service adulte) ou à leur domicile en fonction de leur préférence.

Nous avons consacré un temps à la signature du formulaire de consentement lors du premier entretien. La feuille de consentement était lue avec la patiente au début de l'entretien puis les enregistrements audio débutaient après que celle ci ai signé et accepté.

Le premier entretien se déroule avant l'accouchement si elles sont rencontrées dans le pré-partum, sinon les deux entretiens se déroulent dans le post-partum, espacés d'au moins trois semaines.

Le recueil des données a été fait par un expérimentateur unique sur deux entretiens entre Juillet 2015 et Juillet 2016. Tous les entretiens étaient audio-enregistrés si le sujet l'acceptait ce qui a été le cas. La retranscription était ensuite réalisée en notant : les pauses, les erreurs, les manifestations émotionnelles comme les rires ou les pleurs ainsi que les réactions de l'enfant si il était présent.

3.2.2.2.1 Outils d'évaluation

Pour faire le diagnostic nous avons utilisé le MSI BPD ou Mac Lean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. C' est un auto-questionnaire de dix items en oui/non, de passation rapide (deux à trois minutes). Il permet le dépistage du trouble de la personnalité borderline. Le score seuil de 7 items a été retenu (sensibilité 79,7 et spécificité 85,4).

Il n'existe pas d'outils standardisé pour évaluer le vécu des soins par les patientes. Nous

avons donc créé nous même nos questions que nous avons posé lors de deux entretiens semi-structurés.

3.2.2.2.2 Déroulement du premier entretiens

Le premier entretien débute donc par la lecture conjointe et la signature du formulaire de consentement ainsi que la passation du MSIBPD. L'entretien ensuite était divisé en deux parties :

3.2.2.2.2.1 Première partie du premier entretien

Nous abordons avec la patiente les thèmes suivants :

- Le désir de maternité : nous la questionnant sur le désir d'enfant du couple, l'histoire du couple si elle souhaite l'évoquer.
- Le ressenti du couple à l'annonce de la grossesse : nous pouvons notamment explorer l'ambivalence autour de la grossesse
- Les émotions et les changements ressentis par la patiente au cours de la grossesse

Il s'agissait de laisser la patiente s'exprimer pour ne pas couper le récit et d'orienter la patiente vers ces différents thème sans lui poser de questionnaire trop précis.

3.2.2.2.2.2 Deuxième partie du premier entretien

La deuxième partie du premier entretien concernait le vécu des soins psychiques pendant la grossesse :

1. Comment avez-vous débuté le suivi, qui vous a adressé ?
2. Pourquoi vous a t-on proposé un suivi dans le Post-partum ?
3. Etes-vous d'accord pour ce suivi dans le post-partum ? Et si non pourquoi ?
4. Que pouvez-vous me raconter de votre ressenti quand on vous a proposé le suivi dans le post-partum ? Anxiété-soulagement-colère-étonnement ?
5. Avez-vous des attentes particulières concernant les soins ? : Soutien à la parentalité/accompagnement centré sur l'enfant/accompagnement centré sur vous et

votre histoire/autre...

3.2.2.2.3 Déroulement du deuxième entretien

Le deuxième entretien se déroule au moins 3 semaines plus tard et explore la satisfaction des patientes vis à vis des soins :

1. Ont-elles pu nommer des attentes particulières au premier entretien, sont elles satisfaites de la prise en charge ?
2. Peuvent-elles dire ce que les soins leurs ont apporté ?
3. Ont-elles l'impression d'avoir reçu un soutien suffisant de la part des équipes soignantes ?
4. Sont-elles satisfaites de leur relation avec le bébé ?
5. Le bébé a-t-il présenté des manifestations psychosomatiques (troubles digestifs, coliques, pleurs, etc....) ?

3.2.3 Etude secondaire : étude des dossiers

Sur notre période d'inclusion, notre étude a été proposée à seulement 3 patientes, elles ont toutes accepté de nous rencontrer. Nous nous sommes alors questionnée sur le faible nombre d'inclusion, et avons interrogé les soignants pour connaître les difficultés qu'ils avaient pu rencontrer.

Au total, 22 mères correspondaient aux critères d'inclusion, dont 17 sur Poitiers et 5 sur Châtellerauld .Nous avons consulté les dossiers des 19 patientes non incluses (mais correspondant à nos critères d'inclusion), dans le but de mieux comprendre leur parcours et l'absence de proposition de participation à notre étude de la part des professionnels.

Nous avons relevé les critères suivants des dossiers:

- Quel professionnel les a adressé à l'équipe de pédopsychiatrie.
- Présence ou absence de décompensation maternelle.
- Le professionnel a-t-il pu proposer à la patiente de participer à notre travail de thèse et si non pourquoi.
- La patiente a-t-elle refusé de participer à notre travail de thèse et si oui pourquoi
- Un suivi a-t-il été possible avec l'équipe de pédopsychiatrie ou d'autres intervenants après l'accouchement et si oui lequel.

Nous avons également relevé les arguments évoqués par les deux médecins pédopsychiatre concernant leurs difficultés à nous adresser les patientes.

3.2.4 Etude tertiaire : enquête auprès des médecins généralistes

Nous avons été très étonnée par le fait que seulement 22 patientes borderline aient rencontré les services de soin sur les maternités de Poitiers et Châtellerauld en 1 an.

En effet nous avons contacté le Département d'Information Médicale (DIM) du CHU de Poitiers pour connaître le nombre de naissances sur la CHU de Poitiers entre juillet 2015 et juillet 2016. Il y a eu un total de 2511 naissances. Si nous reprenons l'épidémiologie (prévalence 1,3%) bien que le nombre de mères ayant accouché sur la maternité ne soit pas superposable à la population générale, il devrait y avoir sur cette période environ 32 mères borderline ayant accouché rien que sur la maternité de Poitiers.

Nous nous sommes alors posée la question suivante : Ces patientes n'avaient-elles pas besoin de soins psychiques pendant cette période ou ont-elles trouvé une aide en dehors du réseau ? L'étude de *Lawn* met en évidence que concernant les médecins traitants : 50,5 % des patients borderline les considéraient comme aidants et bienveillants (90). De plus, la littérature indique que les patients borderline consultent fréquemment les soignants des soins primaires et notamment les médecins généralistes(90). Il est donc probable qu'une partie des mères borderline n'ayant pas été rencontrées sur la maternité soient suivies par leur médecin traitant.

Nous avons alors décidé d'envoyer un questionnaire à remplir en ligne aux médecins généralistes de Poitiers et de Châtellerauld afin de vérifier si ils rencontraient bien ces patientes. Nous avons contacté directement les médecins par téléphone, ainsi que par mail par l'intermédiaire du conseil de l'ordre des médecins généralistes de la Vienne.

Nous avons ciblé les médecins de Poitiers et de Châtellerauld qui étaient plus à même de rencontrer les patientes qui vont accoucher sur les deux maternités.

Les critères diagnostics du trouble de la personnalité borderline selon le DSMIV TR étaient fournis en pièce jointe avec le questionnaire. Le questionnaire se présentait sous la forme d'un google doc, il était anonyme et a été rempli en ligne par les médecins. Il leur a été proposé de le remplir avec eux par téléphone s'ils le souhaitaient, mais ils ont tous préféré la version en ligne par gain de temps.

Les médecins généralistes sur Poitiers ont été intéressés par notre étude, ceux-ci

verbalisant leurs difficultés à adresser leurs patientes vers les soins. Les médecins généralistes sur Châtellerauld étaient peu intéressés pour remplir le questionnaire ceux-ci expliquant que leur charge de travail les rendait peu disponibles pour participer à ce genre d'étude.

Nous avons pu contacter par téléphone 30 médecins généralistes sur Poitiers et 20 sur Châtellerauld. Le conseil de l'ordre des médecins généraliste a refusé de nous donner le nombre de médecin à qui ils ont pu transmettre notre questionnaire. Nous avons eu un total de 23 réponses pour notre questionnaire. Voici le questionnaire :

1) Rencontrez vous des personnes ayant un trouble de la personnalité borderline ?

2) Quel est le motif de consultation le plus fréquent ? (Plusieurs réponses possibles)

- Plaintes somatiques
- Anxiété, troubles du sommeil
- consommation de toxique
- Autres : (texte libre)

3) Ces patientes ont elles (dans leur majorité) un suivi psychologique en cours?

4) Si oui quel type de suivi ? (plusieurs réponses possibles)

- Suivi sur le secteur adulte
- Suivi en libéral
- Autre (commentaire possible)

5) Avez vous déjà rencontré des patientes enceintes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline ?

- Oui
- Non

6) Pensez vous que la grossesse chez ces patientes nécessite un suivi psychologique ?

- Oui
- Non
- Autre : (texte libre pour commenter)

7) Si oui, pourquoi pensez vous qu'un suivi psychologique est nécessaire ? (Plusieurs réponses possibles)

- Risque de décompensation maternelle pendant la grossesse ou l'accouchement
- Prévention, accompagnement à la mise en place des premiers liens mère/enfant
- Situation préoccupante au niveau psychosocial, mère isolée
- Protection de l'enfant, situation préoccupante nécessitant un signalement au réseau
- Autre : (Texte libre)

8) Si oui, savez vous à qui les adresser ? Pouvez vous nommer les partenaires que vous pouvez interpellier ? (Réponse en texte libre)

9) Avez vous des difficultés à adresser ces patientes vers un psychiatre ou un psychologue ?

- Oui
- Non

10) Si oui pourquoi ? (Réponse en texte libre)

11) Vous pouvez inscrire vos remarques et commentaires.(Réponse en texte libre)

4 Résultats

4.1 Etude principale

La faible population recrutée, les biais et le type de recherche ne nous permet pas d'effectuer d'analyse statistique significative. Le nombre insuffisant de patientes incluses (3 patientes) font de ce travail une recherche qui se rapproche plus de l'étude de cas. Cette étude n'aboutit pas à des résultats statistiquement significatifs mais elle ouvre des pistes de réflexion pour des travaux futurs.

De fait nous avons donc choisit de présenter les résultats sous la forme de cas cliniques. Les entretiens cliniques complets sont dans la partie annexe.

4.1.1 Cas clinique n°1

4.1.1.1 Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents

Mme R (P16) 38 ans a été adressée en consultation vers la pédopsychiatre de l'équipe de liaison de la maternité par la sage-femme de PMI. Celle-ci était connue par les professionnels du réseau car une information préoccupante avait été rédigée par le médecin de PMI pour son fils aîné Martial (5 ans) quelques mois avant que Mme R soit enceinte d'Armand. L'information préoccupante a été rédigée dans le contexte d'alcoolisations fréquentes de Mme qui était souvent hospitalisé et des difficultés éducatives du père. Une AEMO est en cours pour Martial depuis décembre 2014. Armand a été inclus dans la mesure après sa naissance au mois de septembre 2015. Le couple est suivi par l'assistante sociale de secteur pour des problèmes financiers.

Eléments Biographiques :

Mme R est pacsée avec le père de ses enfants. Ils ont tous les deux un emploi stable. Il y a eu beaucoup de conflits de couple autour de la place de mère de Mme R qui a une présence discontinuée auprès de Martial du fait de ses hospitalisations fréquentes.

Mme R est originaire de la région, elle a toujours vécu proche du domicile de ses

parents. Elle a rencontré son compagnon pendant sa période d'abstinence. Elle se décrit comme nostalgique de cette période avant ses grossesses où elle était le centre de l'attention de son compagnon et de sa mère.

La scolarité a été compliquée pour Mme R qui était très anxieuse pour ses résultats scolaires et s'appuyait beaucoup sur sa mère.

La mère de Mme R est décédée pendant la grossesse de Martial, en 2011. Elle est présentée par la patiente comme quelqu'un qui aurait fait de brillantes études littéraires et se serait sacrifié pour s'occuper de son mari et de sa fille. Mme R s'appuyait sur elle pour toutes les décisions de sa vie depuis son enfance, y compris celle d'avoir des enfants. Elle avait une vision idéalisée de sa mère qui semblait très présente dans la vie de Mme R et de son compagnon.

La relation avec son père est conflictuelle, surtout depuis que celui-ci a refait sa vie avec l'auxiliaire de vie de sa mère. Elle le décrit comme quelqu'un la critiquant beaucoup, notamment sur son surpoids et sa consommation d'alcool. Lui-même a été alcoolique lorsque Mme R était adolescente.

Antécédents médicaux :

- Suivie en psychiatre adulte depuis l'âge de 22 ans pour une addiction à l'alcool sous forme de binge-drinking.
- Plusieurs tentatives de suicide par phlébotomie et intoxications médicamenteuses volontaires (benzodiazépines et alcool) entre 2000 et 2003. A cette époque il y a un suivi CMP discontinu.
- Hospitalisation en clinique privée en 2003 pour sevrage alcool suivie d'une période d'abstinence de 10 ans.
- Rechute et reprise des consommations quand Martial a 19 mois. Mme R fait le lien entre la reprise de ses consommations et un sentiment de culpabilité, de ne pas être une bonne mère pour Martial.
- Plusieurs hospitalisations courtes sur les services de secteur avec une symptomatologie anxieuse au premier plan. Elle ne s'inscrit pas dans un suivi régulier et arrive le plus souvent en urgence, emmenée par son compagnon lorsqu'elle est alcoolisée.
- Une information préoccupante est rédigée par le service de psychiatrie de secteur en

juin 2013 concernant son fils alors âgé de deux ans, Martial, devant la grande discontinuité des soins.

Présentation de la patiente :

Mme R est une patiente souriante, volubile. Elle s'exprime facilement sur son parcours et ses ressentis. Physiquement, elle prend soin d'elle, est toujours maquillée mais présente un surpoids important. Elle raconte son histoire avec un ton faussement humoristique, de façon très détachée. Elle se présente en faux-self, de façon très défensive.

Le discours a une apparence « pseudo névrotique » mais on se rend compte au fur et à mesure de l'entretien que celle-ci est plus dans « un déversement » qu'un véritable échange avec l'interlocuteur. Le débit de parole est important et elle laisse peu de place à l'interlocuteur pour s'exprimer.

Les entretiens ont eu lieu en mars 2016, à 3 semaines d'écart. Nous avons rencontré Mme R sur l'hôpital de jour du secteur adulte où elle était suivie. Armand est né en septembre 2015 et avait 6 mois au moment du premier entretien et 7 mois au moment du deuxième. Martial a 5 ans au moment des entretiens.

4.1.1.2 Éléments de la clinique borderline

MSIBPD :

Mme R a coté 7 réponses sur 10 du MSIBPD :

- Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes et de ruptures à répétition ?
- Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ?
- Vous êtes-vous sentie d'humeur extrêmement changeante ?
- Vous êtes-vous sentie très souvent en colère ? Et avez-vous agi de façon coléreuse, sarcastique ou moqueuse

- Avez vous souvent été méfiante vis-à-vis des autres ?
- Vous êtes-vous sentie comme si vous n'aviez aucune idée de qui vous êtes, ou comme si vous n'aviez pas d'identité propre ?
- Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir abandonnée ou d'être abandonnée ?

On retrouve donc au premier plan les dimensions d'impulsivité, d'angoisse d'abandon et d'instabilité du moi.

Nature des angoisses :

Concernant la nature de l'angoisse, elle est à tonalité abandonnique. Les conduites addictives sont au premier plan de la clinique: consommation de grandes quantités d'alcool fort en peu de temps sous forme de binge-drinking dans un contexte d'angoisse, le plus souvent d'abandon liées au décès de sa mère.

Elle évoque ses angoisses : « Il n'y avait personne au dessus de moi. Et je risquais peut être de mourir et que .. un jour... bientôt ... jusqu'à ce qu'il soit majeur...Bref les angoisses en même temps que le deuil... ». C'est donc le deuil de la mère et la perte de l'objet anaclitique qui est à l'origine de l'angoisse. On retrouve ces mêmes éléments dans la relation à son père : « je n'avais qu'une peur, c'est qu'il m'abandonne ». Ces angoisses d'abandon sont également projetées sur Martial lors de l'arrivée d'Armand.

Relation d'objet :

La relation d'objet est de type anaclitique, Mme R ayant été pendant très longtemps dépendante de sa propre mère et en difficulté pour prendre des décisions. Elle trouvait en sa mère un appui concret qui lui permettait de se débrouiller dans sa vie.

Elle essaie de retrouver cet appui dans une sorte de pensée magique. Elle pense que sa mère s'exprime à travers le pendule : « Quand j'arrive pas à prendre une décision j'utilise le pendule et j'ai l'impression de pouvoir communiquer avec elle. J'ai demandé au début de ma grossesse si Armand irait bien et le pendule a répondu que oui. »

Lors de sa première grossesse, elle décrit une dépression au moment du décès de sa mère. La désorganisation psychique de la grossesse et les remaniements identitaires semblent avoir été figés et le deuil de cette mère semble être impossible. Il semble qu'elle ne puisse

toujours pas s'étayer intérieurement sur cette mère et que rien de symbolique de celle-ci n'ait pu être intégré.

Mme R s'étaye maintenant narcissiquement sur l'institution psychiatrique pour prendre ses décisions : elle s'appuie sur l'équipe infirmière, le médecin référent : « Il y en a qui croient en moi et d'autres pas....l'important c'est ce que je pense moi....mais je sais pas toujours... ».

La présence de son conjoint ne semble pas parvenir à apaiser ses angoisses d'abandon. Elle le décrit comme quelqu'un de très anxieux qu'elle doit rassurer. Elle ne semble pas pouvoir s'appuyer sur lui.

On retrouve des éléments en faveur d'une fragilité narcissique : elle semble incapable de prendre une décision seule et a besoin de s'appuyer sur les soignants, son entourage, le pendule.

Impulsivité

On retrouve différents éléments d'impulsivité chez Mme R :

- Les alcoolisations aiguës sur un mode impulsif type binge-drinking.
- Une consommation de soins anarchique et discontinuée avec des multiples hospitalisations en urgence avec des sorties contre avis médical.
- Conflits conjugaux avec fugue du domicile parfois dans un état d'ébriété.
- Endettement et crédits à la consommation en lien avec les achats compulsifs de Mme R.
- Mme R a pu avoir des conduites sexuelles à risque avec des patients du service de façon impulsive, pouvant dire après coup qu'elle n'en avait pas envie.

On retrouve une vision clivée du couple parental : la relation à la mère est complètement idéalisée alors que le père est le mauvais objet qui n'a jamais eu confiance en elle, la critiquait sur tout. Elle s'est sentie abandonnée par son père quand il s'est mis en couple avec l'auxiliaire de vie de la mère de R après son décès.

Mme R semble traiter les soignants comme des objets partiels. Elle peut différencier le rôle de chacun des intervenants, néanmoins elle les distribue vite dans des rôles de bon et mauvais objets. Ceux qui lui donnent confiance, ceux qui lui renvoient à sa culpabilité. L'équipe infirmière est clivée en bon et mauvais infirmiers : ceux qui croient en elle et ceux

qui n'y croient pas. Sa confusion et son ambivalence sont actées par les mouvements de l'équipe infirmière qui était souvent divisée sur les décisions à prendre à son sujet.

L'équipe médicale est traitée de la même façon : « le médecin de la PMI décrit comme mauvais et le psychiatre le « bon Docteur ».

Il n'y a pas de nuance possible, c'est un clivage complet : il y a les bon soignants et les mauvais.

Mécanismes de défense

Modalités projectives

Elle a recours à des modalités projectives, elle se sent jugée et voit le sentiment de honte dans les yeux des autres patients et de certains soignants :

« J'avais l'impression de passer un entretien d'embauche à chaque fois. J'avais l'impression que si j'avais besoin de la pédopsychiatre c'est que j'étais potentiellement dangereuse pour mon enfant (...) Mon dossier aurait suivi avec les problèmes d'alcool, j'aurais toujours été dans la même case avec ma honte. En tout cas je l'aurais perçu, interprété. J'étais à risque en gros (...) Quand j'étais en consultation on me posait des questions sur Armand, son arrivée (...) J'avais l'impression de passer un test. Je voyais dans ses yeux que j'étais une mauvaise mère. »

Identification projective

Quand Mme R évoque Martial elle peut dire qu'elle confond ce qu'elle ressent elle, ses angoisses d'abandon et ce que Martial peut ressentir à l'arrivée d'Armand : « je me disais qu'il se sentait abandonné.. le Dr S il me dit que c'est moi qui ressent ça, pas lui.... ».

Lors de la découverte de la grossesse, Mme R parle peu d'elle mais décrit la réaction de l'équipe soignante « Du stress, de la peur...affolement général... ». Il semble que ce soit son propre ressenti qu'elle projette sur l'équipe soignante.

4.1.1.3Vécu de la grossesse, de la naissance et du post-partum

Vécu de la grossesse

C'est une grossesse non désirée, qui a été découverte tardivement, suite aux modifications corporelles. Il restait quelques semaines avant le délai d'IVG.

Mme R évoque deux sentiments principaux à l'annonce de la grossesse : l'angoisse et la honte qui ont provoqué des crises de binge-drinking et une ré-hospitalisation.

Il est impossible pour elle de prendre une décision quant au fait de garder cet enfant.

- « Moi je savais pas...(…). Après moi ça me dérangeait pas d'avoir un deuxième enfant mais je me sentais pas prête au niveau psychologique vis-à-vis de mon addiction...J'avais peur... Parce que moi..je comprends de plus en plus comment je fonctionne....et moi j'avais peur de boire....et tout ça.... Et comme j'ai toujours eu un fort sentiment de culpabilité, je me suis dit ça va pas m'arranger tout ça... En plus j'avais bu avant sans savoir que j'étais enceinte....euh.... voilà j'avais peur quoi.... En plus j'avais honte de leur dire que j' étais enceinte ici... ».
- Elle peut projeter ses angoisses sur l'équipe médicale. Elle perçoit de leur part : « Du stress, de la peur...affolement général... ».

Vécu de l'accouchement

Lorsque nous évoquons l'accouchement, Mme R évoque sa relation avec les équipes soignantes et peu la rencontre avec Armand.

Le sentiment de stigmatisation est très présent dans son discours et elle rapporte plusieurs réactions inadaptées de soignants sur la maternité avec beaucoup de colère :

- « J'ai eu une leçon de morale de la part d'une infirmière, ils m'en ont mis plein la tête : « c'est une honte, vous pouvez pas élever un enfant » ».
- Elle évoque des remarques de la part d'une soignante dans la salle d'accouchement : « Et vous savez quoi pendant que j'accouchais une sage-femme se met à me dire....parce que au début il se présentait la tête penchée...il y en a une qui me dit : je vais mettre ma main et je vais le tourner. C'est comme un tire-bouchon, vous connaissez le tire bouchon vous. (..) Et quand j'ai accouché elle m'a dit : tapez-moi dans la main promettez moi que vous boirez plus .

Elle décrit l'impression d'être testée, d'avoir eu à prouver qu'elle était une bonne mère :

« Pendant tout le séjour il fallait que je prouve que j'étais une bonne mère. J'étais surveillée, est-ce qu'elle fait bien ci, est-ce qu'elle fait bien ça ».

Elle évoque un sentiment de honte sur la maternité à l'idée que les soignants puissent penser qu'elle n'aime pas Armand, qu'elle puisse lui faire du mal volontairement.

« Ce qu'ils ont pas compris c'est que c'est pas parce que je me suis alcoolisée pendant ma grossesse que c'était pour faire du mal au bébé. Ça faisait partie de ma maladie chronique avant et que ça n'a rien à voir avec le lien. Si j'avais pu ne pas boire à ce moment-là je ne l'aurais pas fait. Je suis pas idiote je suis sensée ».

Vécu du post-partum

Lorsqu'on l'interroge sur son vécu du post-partum, Mme R semble avoir besoin de parler d'elle et de ses angoisses d'abandon. Mais elle ne semble pas pouvoir le faire qu'à travers ses inquiétudes pour Martial :

Mme R a été constamment envahie par des angoisses au sujet de Martial au point de vouloir écourter son séjour sur la maternité.

Les préoccupations maternelles sont centrées sur Martial, elle s'inquiète de sa place auprès de lui car il a connu ses nombreuses absences et hospitalisations. Dans la réalité Armand subit aussi ces discontinuités puisque c'est la deuxième fois que Mme R est hospitalisée depuis sa naissance. Néanmoins, on entend peu de sollicitude pour lui.

Elle ne met pas de sens sur la proposition de suivi avec Armand dans le post-partum, répétant qu'il va bien. En effet pour elle, il ne peut pas aller mal car elle ne boit pas. C'est comme si celui-ci n'était pas encore un objet total différencié d'elle.

4.1.1.4 Rapports aux soins et aux soignants

4.1.1.4.1 Ressenti par rapport au suivi

Mme R s'est sentie stigmatisée sur la maternité : « Moi j'étais stigmatisée à problèmes on me le propose là alors que j'aurais eu besoin pour Martial et je me serais pas sentie dans le jugement parce que je n'avais pas commis de faute pendant la grossesse ».

Elle considère le suivi comme une surveillance pour vérifier qu'elle ne fasse pas de mal

à son enfant. Mme R: « C'est Mme S de la PMI, la sage-femme. Elle était très inquiète vu que c'est la PMI qui a fait le signalement tout ça...et quand elle m'a rencontrée, elle était soulagée après. Une fois qu'on a eu notre entretien....Elle m'a dit qu'elle voulait que je vois un pédopsychiatre mais moi je ne voulais pas (.....) Elle m'a rien expliqué. Elle voulait se rassurer je pense. C'était « une surveillance » de plus. Je pense qu'elle voulait savoir si je faisais exprès de faire du mal à mon bébé dans mon ventre. ».

Elle évoque à plusieurs reprises un sentiment de honte : « Oui j'avais honte. Quand j'allais voir la Pédopsychiatre j'avais honte de moi ». Comme nous l'avons dit plus haut, Mme R à l'impression qu'on lui propose le suivi parce qu'elle a « commis une faute » pendant sa grossesse, qu'elle pourrait vouloir faire du mal à son enfant.

4.1.1.4.2 Sens mis sur les soins

Mme R ne met pas de sens à un suivi pour elle et Armand car :

Elle a déjà de nombreux suivis ; un suivi individuel avec le psychiatre adulte et elle fait des séances de « thérapie familiale » avec une infirmière libérale où elle évoque ses questionnements concernant l'éducation, la parentalité. Elle se sent bien étayée par ces différents suivis et n'a pas de demande concernant un suivi supplémentaire avec l'équipe de Pédopsychiatrie : « Moi je pense que mon suivi avec le Dr S et l'infirmière suffisait. M'envoyer là-bas c'est me dire qu'ils étaient inquiet, que j'étais une mauvaise mère, qu'on allait placer mon enfant comme les autres patientes. ».

Elle associe l'équipe de pédopsychiatrie à une surveillance et à la protection de l'enfance. Elle évoque les consultations : « (..) elles étaient pour la protection de l'enfant mais pas pour moi. Tous les entretiens pendant ma grossesse c'était pesant. Même avec Laurent mon conjoint. Je me sentais jugée. On m'a gardée 5 jours pour voir si le lien était là avec le bébé. On m'a même dit que c'était la pédopsychiatre qui m'autoriserait à sortir de la maternité en fonction de ce qu'elle observerait. En plus quand j'étais en salle d'accouchement Laurent a ouvert le dossier.... parce qu'elle était pas toujours là la dame... Il y avait marqué attention, à surveiller...Je sais plus le mot exact mais c'était fort... Comme si j'étais quelqu'un de dangereux ».

Elle évoque l'importance qu'on lui explique le sens des soins. Quand nous lui posons la question de savoir si elle aurait mieux accepter le suivi pédopsychiatrique si son psychiatre référent lui en avait parlé: « Oui parce qu'il m'aurait expliqué pourquoi il pensait que j'en avais besoin... On en aurait discuté...Du coup ça m'aurait permis de mieux comprendre le suivi je pense ». Il nous semble important en effet que ce soit une personne de confiance qui adresse la patiente vers les soins et mette en sens les soins pour elle. En effet, les difficultés de symbolisation de ces patientes rendent d'autant plus importante la mise en sens des soins par les différents intervenants.

4.1.1.4.3 Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins

L'attente de Mme R envers les soins est une « revalorisation », une réassurance. Elle dit à plusieurs reprises son besoin qu'on lui montre « qu'elle est capable », le besoin « qu'on lui donne confiance ». Elle verbalise un besoin évident et excessif de compréhension, de respect, d'affection et de soutien de la part des soignants. Elle peut nous dire ce qu'elle aurait aimé entendre de la part des soignants : « C'est pas parce que vous avez bu que vous allez pas aimer votre enfant. C'est pas parce que vous avez eu des problèmes avec l'alcool que vous êtes une mauvaise mère. Vous en êtes capable. Si vous voulez je peux vous aider à vous montrer que vous êtes capable. Si on m'avait déculpabilisée d'avoir bu... ».

Mme R attendait qu'on l'aide dans sa relation avec Martial dans le post-partum: « Je voulais parler de Martial et du lien avec moi mais la pédopsychiatre ne voulait parler que d'Armand. Ou alors...mais je lui en parlais un peu au début parce que Martial faisait une petite régression. Et puis après ils se sont adorés. Mais ce qui l'intéressait le pédopsychiatre c'était Armand alors que moi j'avais des questions par rapport à moi et Martial ».

Elle répète qu'elle souhaite que le soignant apaise sa culpabilité : « Ouais comment ne pas culpabiliser, savoir ce que Martial peut ressentir....je me disais qu'il se sentait abandonné... J'aurais aimé voir une pédopsychiatre pour parler de tous ces sentiments là de honte et de culpabilité et évoquer ce que peuvent ressentir mes enfants mais en restant dans le maintenant et pas dans cette histoire d'enquête... ».

Elle est dans une demande de faire venir la famille : « Et puis peut-être qu'elle nous voit aussi tous ensemble avec Martial avec Laurent....Ça nous aide bien la thérapie familiale ».

Mme R différencie finalement peu les espaces. Comme la thérapie familiale la soutient bien chez l'infirmière libérale, elle pourrait répéter le même soin en pédopsychiatrie sans y mettre de sens. Ce qu'elle nous dit c'est qu'elle souhaite qu'on la soulage de son sentiment de honte et de culpabilité, et que venir avec Armand c'est remettre en tension tous ces ressentis, ce qui semble trop douloureux pour elle.

Il semble donc important de pourvoir créer une alliance et un espace de non jugement et arriver à avoir des objectifs de travail communs. Il semble que dans cette situation tout cela aurait pu être travailler en amont avec le psychiatre référent pour que Mme R puisse y mettre plus de sens.

4.1.1.4.4 Sont-elles satisfaites de leur relation avec le bébé ?

Lorsque nous lui posons cette question Armand est âgé de 7 mois.

Mme R : « Armand c'est encore un bébé tout se passe bien. Et puis Armand c'est l'abstinence, j'y suis à deux doigts, je m'inquiète pas ». Mme R ne décrit pas de difficulté particulière dans sa relation avec Armand et en semble satisfaite. Armand est peu présent dans son discours et elle évoque beaucoup Martial. Elle évoque peu le lien avec Armand, on entend peu d'affects pour lui. Elle n'exprime que des éléments opératoires.

Armand est décrit comme « un bébé qui sourit, qui rigole, qui est plutôt calme. », qui semble ne pas faire de bruit et s'adapter à ses parents. Mme R : « c'est encore un bébé tout se passe bien ». On entend dans le discours de Mme R que Armand ne peut pas aller mal, car elle ne va pas mal, elle ne doit pas aller mal.

On entend le fantasme que cette deuxième grossesse va permettre de réparer la première, le lien avec Martial et guérir Mme R. Quand elle évoque Armand, elle parle souvent de l'abstinence.

4.1.2 Cas clinique n°2

4.1.2.1 Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents

Mme B (P15) est âgée de 42 ans. Elle a été adressée à la psychologue de l'équipe de pédopsychiatrie de la maternité par la sage-femme de l'hôpital de jour de la maternité, à 6 mois d'une troisième grossesse. Elle a déjà deux enfants de deux pères différents : une fille Amélie âgée de 21 ans et un fils Ylan d'une seconde union âgé de 4 ans.

Mme B se questionnait à l'époque sur une démarche d'abandon sous X. Une rencontre avec un membre de l'équipe mobile de pédopsychiatrie est systématiquement proposée par les équipes de la maternité lorsque la mère est dans une démarche d'abandon de l'enfant pendant sa grossesse.

La grossesse a été découverte tardivement à 4 mois de grossesse, elle n'était pas souhaitée et Mme B a pensé à avorter mais le délai légal était dépassé. Elle a donc fait des démarches pour accoucher sous X dans une autre ville (elle n'habitait pas à Poitiers). Elle était en couple à l'époque avec le père de l'enfant, celui-ci est parti une semaine après l'annonce de cette nouvelle grossesse dont il ne voulait pas et s'est installé avec une autre femme ayant elle-même 3 enfants.

Mme B a déménagé précipitamment à environ 6 mois de grossesse sur Poitiers avec son fils Ylan pour se rapprocher de deux de ses frères qui habitaient dans la région. Elle a alors poursuivi ses démarches en vue de confier l'enfant à l'adoption et a rencontré l'assistante sociale de la maternité et la sage-femme de l'hôpital de jour qui a suivi sa grossesse.

Éléments familiaux

Mme B est originaire d'Orléans. Son père y réside, elle ne l'a pas revu depuis 2010, date à laquelle sa mère est décédée d'une tumeur aux poumons. Elle est la deuxième d'une fratrie de 8 enfants. Elle a des liens avec ses deux frères qui vivent sur Poitiers et sa sœur aînée qui est handicapée et placée en institution. Elle n'a plus de contact avec ses trois autres frères et son autre sœur.

Elle se décrit enfant comme parentifiée, assistant sa mère pour s'occuper de ses frères et sœurs. Il y avait de la violence conjugale : « J'ai une histoire très forte au niveau de mes parents.... on est 8 enfants, mon père battait ma mère...il nous battait.... ». Elle a bénéficié d'un suivi en pédopsychiatrie dans son enfance suite à des inquiétudes de l'école. Il semble qu'il y ait eu très tôt des éléments de maltraitance : « on protégeait nos parents ».

Mme B décrit une mère dépressive. Quand elle évoque la dépression de sa mère : « à partir je crois du jour où elle a perdu son père, elle avait 16 ans. Ma grand-mère est décédée...Ma sœur Christelle est née le 08 Septembre 76 et ma grand-mère est décédée le 10. Elle étaient dans le même hôpital....Donc maman a déjà un vécu par rapport à ça très douloureux. A partir du moment où mon père lui a porté la main dessus de toute façon....Maman était une personne très intelligente, cultivée mais faible de caractère. Donc voilà, je pense...elle est tombée très vite dans la dépression ».

Mme B est arrivée précipitamment sur Poitiers dans un contexte de conflits aigus avec son conjoint. Elle a conservé par ailleurs de bons liens avec le père de sa fille aînée, ils sont restés ensemble jusqu'au 10 ans de celle-ci. Il est inquiet pour Mme B et des circonstances de la grossesse. Ils n'ont pas parlé de la grossesse de Mme B à leur fille Amélie qui est décrite comme fragile psychologiquement et qui est également enceinte (terme en Octobre 2015).

Mme B est dans une situation d'extrême précarité. Du fait d'une rétinopathie, elle est dépendante de ses frères pour ses déplacements et son quotidien. Le père du bébé (Candice) ne compte pas reconnaître l'enfant. Mme B pensait ne pas pouvoir garder ce bébé car elle était très inquiète de l'évolution de sa maladie oculaire et de qui allait pouvoir l'aider à prendre soin de ses enfants.

Mme B a confié Candice à l'adoption à sa naissance. Elle a finalement pris la décision d'aller la chercher un mois plus tard à la pouponnière. Depuis, elle a un accompagnement éducatif avec l'Institut départemental pour la protection de l'enfance et l'accompagnement des familles (IDEF) et elle est prise en charge sur l'unité mère-bébé.

Antécédents médicaux

- Maladie génétique entraînant une rétinopathie bilatérale pour laquelle Mme B a été reconnue handicapée (50%) à l'âge de 28 ans. Elle a une vision périphérique très altérée, elle pense perdre complètement la vue d'ici 2 ans.
- Épisode dépressif majeur au moment du décès de sa mère avec un bref suivi sur le CMP de secteur.

Les deux entretiens ont eu lieu en mars et avril 2016. Candice est née en juillet 2015, elle a 7 mois au moment du premier entretien. A cette époque Mme B est toujours suivie sur l'UMB en hôpital de jour ainsi que par la psychologue et la pédopsychiatre de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison.

Présentation de la patiente

Mme B paraît frêle et amaigrie, elle a des cernes, un teint très pâle. Elle parle d'une voie tenue avec un ton monocorde. Il y a beaucoup de ruptures dans la narration, de pauses. Les phrases paraissent suspendues et se terminent rarement. On a une impression de vacuité psychique dans son discours. Cet entretien a été très difficile à retranscrire, nous avons une sensation de quelque chose de très pesant, très long, avec peu de continuité dans la narration. Elle a beaucoup de difficultés à s'exprimer, a un débit ralenti. Elle donne peu de repères chronologiques.

Mme B est cliniquement déprimée lors de notre rencontre. Nous l'avons rencontré à son domicile.

4.1.2.2 Éléments de la clinique borderline :

MSIBPD

Mme B a coté la réponse oui pour les 7 items suivants du MSIBPD :

- Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes ou de ruptures à répétition ?
- Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ?
- Vous êtes-vous sentie d'humeur changeante ?

- Avez-vous souvent été méfiante vis-à-vis des autres ?
- Vous êtes-vous souvent sentie irréaliste ou comme si les choses autour de vous n'étaient pas réelles ?
- Vous êtes-vous sentie vide de façon chronique ?
- Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter d'être abandonnée ?

La dimension de vide et de vacuité psychique ainsi que les angoisses d'abandon sont au premier plan.

Nature de l'angoisse

Mme B évoque des angoisses d'abandon tout au long de l'entretien.

Elle a un vécu d'abandon de la part de ses deux parents, elle le répète à plusieurs reprises dans l'entretien. L'abandon de sa mère au moment de son décès. Le fait qu'elle n'ait pas pu protéger ses enfants de la violence de leur père.

Elle a eu une relation « idéalisée » avec ses frères et sœurs qui s'est rompue brutalement : « j'ai.....j'ai.....toujours joué...pris le rôle de maman....donc je me suis occupée de tout et...de voir que ça se passe comme ça c'est extrêmement douloureux. J'ai pas compris....je pensais pas qu'on pouvait en arriver là.... ».

Les conflits dans la fratrie au moment du décès de la mère de Mme B semblent avoir fait effraction, elle parle d'un « éclatement total » de la fratrie. « Ça a provoqué un déchirement de la fratrie qui a été très très douloureux...Ça a été très très dur.... ».

Le décès de la mère de Mme B en 2010 semble faire rupture dans son histoire. Elle décrit à l'époque un suivi sur le CMP adulte pour une probable décompensation dépressive. Cela fait écho à l'histoire de sa propre mère qui s'est effondrée après le décès de la grand-mère de Mme B, mais elle ne fait pas de lien.

Elle évoque l'abandon du père de Candice qui l'a quittée peu après l'annonce de la grossesse.

Elle nous parle aussi de l'abandon de Candice et de la crainte de répéter les abandons qu'elle a vécus : « l'abandon....l'abandon.....l'abandon....je l'ai vécu quoi.... Je l'ai vécu par ceux que j'ai le plus aimé, ma mère et mon père et euh....j'ai fini par me dire....je ne peux pas....je ne peux pas faire ça...je ne peux pas abandonner mon enfant.....de toute façon il y a un lien qui s'est créé dès le départ avec Candice....dès le départ..... ».

Relations d'objets

Mme B décrit une vie où elle n'a pas de demande adressée à l'autre et où il y a une grande pauvreté des relations. C'est finalement la grossesse de Candice qui vient mettre en tension des questionnements sur sa place par rapport à l'autre. Elle pourra dire lors de la première consultation avec la psychologue « c'est la première fois que je suis entendue ».

La relation avec le père d'Ylan et Candice semble extrêmement vide, celle-ci décrivant un compagnon qui s'alcoolisait beaucoup, était peu présent au domicile : « De toute façon j'étais pratiquement toujours toute seule ». Mme B pouvant alors tomber dans le même fonctionnement que lui et consommer de l'alcool sans que cela lui pose question : « Le père des enfants buvait pas mal et je suis allée dans son sens ».

Dans sa relation à ses frères et sœurs elle semble plus se faire envahir par l'autre qu'être dans une véritable relation : « J'étais envahie.....ça a détruit ma vie amoureuse avec le père de ma grande. Je les ai tous récupérés les un après les autres... Je les ai tous hébergés, je les ai tous aidés.... ».

Elle répétera tout au long de son histoire qu'elle ne peut pas s'appuyer sur les autres, qu'elle peut faire les choses seule. Néanmoins pendant la grossesse de Candice, elle sera dans une demande permanente de rendez-vous avec les soignants. Il y a un nombre très important d'intervenants autour de Mme B.

On retrouve des éléments qui signent une discontinuité et une instabilité du moi à travers la narrativité. Le discours est fragmenté, les phrases ne se terminent pas, restent suspendues. Il est impossible pour elle de s'arrimer dans un signifiant et de mettre son histoire en mots. Elle ne donne pas de repères dans son histoire, dans le temps. On repère une grande vacuité dans son discours, elle ne peut pas mettre en mot la relation à l'autre.

Impulsivité

On retrouve peu d'éléments en faveur d'une impulsivité dans le discours de Mme B. La dimension vacuitaire est au premier plan.

On retrouve l'impulsivité dans la multiplicité de ses demandes d'aide du côté du soin,

celle-ci interpellant de nombreux intervenants, parfois avec un rôle redondant sans que cela lui pose question.

Elle s'attache vite dans ses relations, sans vraiment être en lien avec l'autre. Elle a suivi le père d'Ylan et Candice dans une autre région, alors que celui-ci habitait une maison isolée dans la campagne. Elle n'avait pas de connaissance dans la région et restait seule au domicile, n'ayant ni le permis ni d'emploi du fait de ses problèmes de santé.

On peut se poser la question de l'impulsivité quand elle évoque sa décision de venir chercher Candice à la pouponnière, cela semble brutal, très impulsif : « J'ai pris ma décision le 10 quand Ylan est parti chez son père et que je me suis retrouvée seule. Je pense que c'était déjà clair pour moi... Il fallait que j'ai le déclic... ». On peut se demander si la vacuité psychique qu'elle ressent au départ d'Ylan avec qui elle a une relation fusionnelle n'a pas entraîné un passage à l'acte pour récupérer Candice qui vient à ce moment-là remplir le vide.

Mécanisme de défense

Clivage :

On ne retrouve pas d'élément de clivage dans le discours de Mme B, mais plutôt dans la façon dont elle s'approprie le réseau de soin. Elle est dans une avidité de soins qui a conduit à multiplier les espaces : psychiatre de l'unité mère bébé, pédopsychiatre, psychologue du CMP petite enfance.

Mme B confond les lieux de rendez-vous et les intervenants. Ceux-ci, bien qu'ayant essayé de s'organiser entre eux pour les rendez-vous, ont eu de grandes difficultés à lutter contre la confusion de Mme B qui arrivait à déplacer les rendez-vous et en avoir deux en même temps.

Elle dit : « d'une personne à une autre je vais pas dire les mêmes choses.. je vais pas les dire de la même façon.. parfois je suis contradictoire... ». Elle décrit une grande confusion dans sa tête et une difficulté à différencier les espaces et les intervenants.

Il semble que les différents soignants soient utilisés comme des objets partiels qui viennent la combler. Ils deviennent tour à tour bon et mauvais objets, à qui elle confie une chose puis son inverse ailleurs.

4.1.2.3Vécu de la grossesse, de la naissance et du post-partum

Mme B dit peu de chose de sa grossesse. On entend des préoccupations maternelles pour Candice et sa santé : « J'ai pris plein de médicaments avant de savoir que j'étais enceinte et ça m'a fait vraiment très très très très peur.... ».

La peur de transmettre quelque chose de mauvais à Candice revient beaucoup dans le discours de Mme B. La peur de lui transmettre sa maladie génétique, ou qu'elle soit handicapée mentale comme sa sœur aînée. Elle évoque bien son ambivalence, à l'époque elle dit à ses frères que si Candice est handicapée, elle la gardera avec elle, alors qu'elle dit plus tôt qu'elle ne se sent pas capable d'élever un bébé : « j'ai accepté l'amniocentèse....que voilà..... quand j 'ai eu tous les résultats malgré que j'étais dans l'optique de la faire adopter...j'étais hyper soulagée...j'étais voilà.....je me suis dit voilà elle n'est pas malade.....elle n'est pas atteinte, elle n'a pas de handicap....voilà..... (...) Oui mais je me suis dit au moins je sais qu'elle va être adoptée, si je fais un enfant trisomique...ok je le place pour l'adoption mais qui va prendre ? Voilà.....voilà.... et ça , ça me tortillait c'était affreux. Et je l'avais dit à mes frères que si elle était handicapée je la garderai... ».

Le travail d'identification aux imagos parentaux semble figé. Elle peut commencer à faire un lien avec son histoire et le fait qu'elle ait dû s'occuper de sa sœur handicapée avec sa mère, sans pouvoir aller beaucoup plus loin : « Il m'ont dit «ça va pas, est-ce que tu te rends compte ce que c'est d'élever un enfant handicapé ». Mais oui je le sais.....peut être pas le même handicap mais oui je le sais. ».

De façon paradoxale, malgré ces préoccupations maternelles, Mme B a peu pris soin d'elle pendant la grossesse : « En plus ce que j'ai vécu là-bas pendant la grossesse...pour moi j'allais pas faire une enfant normale... J'ai dû faire les cartons toute seule, vider les cartons toute seule.....donc j'ai beaucoup... physiquement je me suis ...je me suis bien esquinée.... Candice n'évoluait pas et .. la grossesse ne se passait pas bien.... ». Elle a pris la décision précipitamment de déménager à Poitiers et rejoindre ses frères alors qu'elle venait juste de sortir d'une hospitalisation en grossesse pathologique.

Elle n'a pas mis en mot sa grossesse auprès de Ylan, et faisait comme si elle n'était pas enceinte. Celle-ci ayant peur de la réaction d'Ylan si elle abandonnait l'enfant. « On en avait

jamais parlé...pourtant il m'a vue enceinte mais pour lui j'avais bobo au dos et au ventre et il avait le bébé dans son ventre à lui. C'était assez marrant.....son bébé ».

Mme B semble tenir l'expérience de la grossesse au niveau physique et psychique le plus éloignée d'elle possible. Elle ne dit que peu de chose de son ressenti.

4.1.2.4 Rapport aux soins et aux soignants

4.1.2.4.1 Ressenti par rapport au suivi

Mme B présentait un état dépressif majeur lors des premières consultations, elle en a peu de souvenirs. Elle pourra dire : « A l'époque je n'étais pas lucide mais je pense qu'accepter l'aide c'était prendre le risque de s'effondrer ». « J'en avais besoin mais je n'étais pas prête à ce moment-là à l'accepter. » Elle ne pourra pas exprimer de ressenti pendant l'entretien, l'état dépressif majorant les difficultés de symbolisation déjà présentes.

Elle peut verbaliser une « frustration » concernant l'hôpital de jour de l'unité mère-bébé : « Ce qui me frustre le plus c'est l'UMB.... Ça m'a fait énormément de bien et Candice a bien évolué... mais c'est le contexte en fait... le fait de ne pas être chez moi...de laisser mon fils....de... Parce que même si je sais que ça me fait du bien et que ça m'aide...Moi je suis là-bas avec Candice et Ylan il est ici. Quand je suis là-bas, je suis constamment préoccupée par Ylan ...C'est comme si j'étais coupée... On me dit « Mme faut décrocher avec vos enfants » Mais je suis bien comme ça...je ne sais pas m'occuper de moi...prendre du temps pour moi... ».

Mme B évoque des angoisses concernant le vécu d'Ylan qui l'envahissait à l'UMB. Elle projette probablement ses propres angoisses d'abandon sur son fils. Elle décrit l'impression d'être « coupée » comme si la séparation physique venait rompre le lien avec Ylan et qu'il ne pouvait pas être intériorisé.

4.1.2.4.2 Sens mis sur les soins

Mme B ne peut pas mettre de sens sur les soins. Elle évoque la parole des soignants : « Elle a évoqué mes besoins, le fait que je sois fatiguée, déprimée, l'histoire de Candice et son évolution... Le fait de ne pas être seule, que c'était un endroit adapté pour ma dépression.... ».

Elle semble se laisser porter par les différents intervenants et leurs propositions. Elle a bien du mal à se rappeler comment elle a rencontré les différents intervenants : « C'est le Dr C qui a évoqué le suivi à l'UMB, et c'est avec qui qu'on a pris rendez vous ?.... J'y suis allé avec une dame de l'IDEF.. J'ai un gros doute.. J'y suis rentrée le premier octobre et j'avais déjà vu le Dr A avec l'éducatrice de l'IDEF ».

Elle peut y mettre un peu de sens à posteriori : pour son suivi à l'UMB par exemple elle dira : « Parce qu'il y avait besoin de ce décrochage, mon moral se répercutait sur lui c'est pas plus mal après tout ».

4.1.2.4.3 Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins

Mme B attendait du suivi qu'on l'accompagne dans la décision de garder ou pas Candice : « M'aider à ranger mes idées, à prendre ma décision même si c'était déjà clair pour moi ».

Elle peut évoquer le chemin qu'elle a fait depuis le début des soins, en évoquant ce que les soins lui ont apporté dans le post-partum :

« Oui parce que je me rends compte maintenant que j'ai beaucoup vécu dans mon passé. Et euh...là je le percute vraiment....J'ai pris des décisions de vie.. J'ai eu un fonctionnement de vie tout ça qui en faitC'est mon passé qui m'a....a décidé du chemin...Je m'en rends compte vis-à-vis de ma façon d'être, par rapport à ma vie amoureuse.... je pense que... j'ai ma part de ...là-dessus....et ma façon de vivre ces histoires..... ».

Mme B a pu commencer un travail sur son histoire et la répétition traumatique.

4.1.2.4.4 Est elle satisfaite de la relation avec Candice ?

On entend peu d'affects pour Candice quand elle parle d'elle à l'UMB « c'était automatique », elle savait comment faire. « Voilà je m'en occupais normalement, je faisais ce que j'avais à faire. Il n'y a jamais eu de coupure avec Candice malgré ma préoccupation pour Ylan. ». Leur relation semble idéalisée dans son discours : « C'était comme si il n'y avait pas eu de séparation. Quand je l'ai récupérée et qu'elle m'a regardée c'est comme si on avait toujours été ensemble ».

Lors de nos entretiens nous constatons que Candice est effectivement un bébé qui se développe vite notamment au niveau psychomoteur. Elle est tonique et vient beaucoup chercher son interlocuteur dans la relation en vocalisant et souriant. Son regard est constamment posé sur sa mère et elle est très attentive à elle. Mme B dira qu'elle fait peu de câlins alors qu'elle la met dans la chaise haute car candice vient sans arrêt la solliciter en tendant les bras vers elle pour qu'elle la prenne dans ses bras. Même dans la chaise, Candice ne pleure pas et continue à sourire et à interpeller sa mère. Mme B lui donnera des jouets mais joue peu avec elle, est peu dans l'interaction.

4.1.3 Cas clinique N°3

4.1.3.1 Éléments biographiques/histoire de la maladie/Antécédents

Mme L (P 17) âgée de 30 ans a été adressée à la psychologue de l'équipe de la maternité (à 6 mois de la grossesse de Maeva) par la sage-femme de PMI pour « une difficulté à s'épanouir par rapport à sa fille et à sa grossesse dans un contexte de deuil ». Le beau-frère de Mme L est décédé deux mois avant la découverte de la grossesse. La grossesse était désirée par le couple avant le décès du beau frère. En effet, Mme L avait arrêté sa contraception. Néanmoins le conjoint de Mme L n'a pas souhaité garder l'enfant et celle-ci a entamé des démarches d'IVG. Elle a finalement décidé de garder l'enfant, contre l'avis de son conjoint mais vivre sa grossesse sans son beau-frère lui est très compliqué.

Mme L vit avec son conjoint et leur fille aînée Jennifer, âgée de 5 ans, ainsi que Maeva qui a 5 mois au moment du premier entretien. Mme L n'a pas d'emploi, au moment de la découverte de la grossesse, elle souhaitait entamer une formation d'aide à la personne. Le conjoint de Mme L travaille dans les espaces verts.

Mme L a un fils aîné, Stéphane, d'un autre conjoint, âgé de 8 ans. Celui-ci a été placé à sa naissance en famille d'accueil et il est pris en charge dans un Institut d'éducation Motrice (IEM) du fait d'un handicap moteur consécutif à une hémorragie cérébrale. Mme L explique qu'elle ne se sentait pas capable d'assumer les soins importants que nécessitait Stéphane. Celui-ci n'a plus de contact avec son père depuis ses 1 ans. Elle reçoit son fils en visite à domicile tous les samedis une semaine sur deux toute la journée.

Au moment de la grossesse de Maeva, Mme est en difficulté avec Jennifer qui est alors scolarisée en moyenne section. Elle décrit des troubles du comportement à l'école et au domicile qui auraient débutés au moment du décès de l'oncle avec de la violence verbale et physique: Jennifer répond, dit des insultes, essaie de taper sa mère. Jennifer aurait été suivie sur une courte période par la psychologue de la PMI. Mme L bénéficie d'un accompagnement important : une éducatrice ASE qui la suit pour Stéphane, et la puéricultrice de PMI qui l'aide pour Jennifer.

Au niveau familial, Mme L a coupé tout contact avec son père qui alterne entre des périodes de vie dans la rue avec alcoolisations et des incarcérations. Elle a un frère de 23 ans qui habite chez leur mère, elle les voit peu car ils habitent loin et n'ont pas de moyen de

locomotion.

La famille de Mme L est marquée par la répétitions de carences et de violences. La mère de Mme L a porté plainte contre le père de Mme L quand cette dernière avait 8 ans pour des attouchements sur leur fille. La mère de Mme L semblait avoir également une addiction à l'alcool à l'époque. Une enquête a eu lieu par la suite, Mme L a continué à vivre chez sa mère, elle passait beaucoup de temps chez sa marraine (une tante paternelle) qui faisait figure maternelle pour elle.

Mme L est très proche de la famille de son conjoint et notamment de son frère qui venait quotidiennement la voir au domicile. Elle décrit une incapacité à rester seule, et un besoin de compagnie, elle s'appuyait beaucoup sur lui. La famille de son conjoint est marquée par plusieurs deuils qui ont beaucoup affecté Mme L. Elle a rencontré son compagnon peu après que la mère de celui-ci soit décédée. Un frère de Monsieur est décédé un mois plus tard d'un accident de la voie publique et son frère jumeau (celui dont Mme était proche) est décédé en janvier 2015 des complications d'une cirrhose alcoolique.

Antécédents médicaux

- Consultations en pédopsychiatrie à l'âge de 3 ans, adressée par l'école pour des troubles du comportements. Elle a bénéficié d'un suivi avec un orthophoniste et un psychomotricien.
- A l'âge de 6 ans on retrouve la notion d'attouchements de la part d'un ami de la famille.
- Arrêt du suivi au CMP à l'âge de 8 ans alors qu'elle a verbalisé les attouchements de la part de son père.
- Brève reprise du suivi au collège par le psychologue de l'Établissement Régional d'Enseignement Adapté pour des troubles du comportement, celle ci étant en grande difficulté à l'internat. Elle a été par la suite rapidement déscolarisée.
- On retrouve dans son dossier plusieurs consultations aux urgences pour des crises d'anxiété dans des contextes de ruptures amoureuses ou de disputes avec sa famille.
- Il y a eu une IMV en 2006 : 8 cp de Depakine et une intoxication alcoolique suite à une dispute avec sa mère, elle est alors âgée de 19 ans. Des rendez-vous CMP lui sont donnés lors des passages aux urgences mais aucun suivi au long cours n'a pu se mettre en place.

Mme L a donc été adressée à la psychologue de l'équipe de pédopsychiatrie de liaison par la sage-femme de PMI.

A l'époque elle présentait déjà un état dépressif majeur, la psychologue note : une sensation de vide, une aboulie, des troubles du sommeil avec inversion du rythme nycthéméral. Elle a rapidement été adressée vers la pédopsychiatre qui lui a prescrit un traitement anti-dépresseur.

Une synthèse a été organisée avec la PMI pendant la grossesse, ceux-ci étant très inquiets pour les troubles du comportement de Jennifer. Une aide éducative avec une éducatrice jeune enfant et des Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (TISF) ont été mis en place dans le post-partum.

La pédopsychiatre a continué le suivi dans le post-partum en recevant Mme L, Maeva ainsi que Jennifer à la demande de Mme L. Elle venait de façon discontinue aux rendez vous, souvent dans une demande urgente, quand elle se sentait angoissée.

La pédopsychiatre lui a proposé de nous rencontrer quand Maeva avait 2mois (en mars 2016), elle a accepté tout de suite mais nous n'avons pu la joindre qu'au mois de mai pour le premier entretien. Maeva était alors âgée de 5 mois. En effet, Mme L a été très difficile à contacter. Nous avons dû laisser de nombreux messages et l'appeler plusieurs fois avant qu'elle ne décroche et que nous puissions convenir d'un rendez-vous. Quand nous avons réussi à l'avoir au téléphone, sa marraine venait de décéder et elle souhaitait reprendre le suivi au CMPEA car elle n'était pas venue au dernier rendez vous avec le pédopsychiatre.

Présentation de la patiente

Lorsque je la rencontre pour la première fois, Mme L a un faciès figé et exprime peu de choses. Elle n'est pas maquillée et peu apprêtée. Elle vient en vêtement de sport qui ont une odeur de renfermé. Elle a un ton monocorde, un débit de parole ralenti.

Nous l'avons rencontré sur le CMPEA petite enfance.

4.1.3.2 Éléments de la clinique borderline

MSIBPD

Mme P17 a répondu oui pour 8 items sur 10, les dimensions de vacuité et d'impulsivité sont au premier plan :

- Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes, ou de ruptures à répétition ?
- Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ?
- Vous êtes-vous sentie d'humeur changeante ?/Vous êtes-vous sentie très souvent en colère ? Et avez-vous agi de façon coléreuse, sarcastique ou moqueuse ?
- Avez-vous été méfiante vis-à-vis des autres ?
- Vous êtes-vous sentie vide de façon chronique ?/Vous êtes-vous sentie comme si vous n'aviez aucune idée de qui vous êtes, ou comme si vous n'aviez pas d'identité propre
- Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir abandonnée ou d'être abandonnée ?

L'impulsivité

On retrouve dans les antécédents des éléments d'impulsivité et d'une pathologie de l'agir :

Mme L a un antécédent d'intoxication médicamenteuse volontaire et a fait beaucoup de passages aux urgences, le plus souvent dans des contextes de crises d'angoisse ou d'alcoolisation aiguë. Elle demande des soins dans l'urgence et ne peut pas s'inscrire dans une prise en charge continue.

Il y a des antécédents de consommation de toxique, notamment l'alcool.

Ses relations aux autres sont discontinues, marquées par des ruptures. Elle s'attache extrêmement vite. Elle a eu son premier enfant tôt, au bout de peu de temps de relation, elle n'a plus de relation avec le père de son fils aîné.

Ses relations avec sa famille sont également marquées par des ruptures. Elle a été beaucoup en conflit avec sa mère, elle a quitté le domicile de sa mère brutalement suite à une dispute à l'âge de 19 ans.

Elle n'a jamais eu de situation professionnelle stable, a commencé des projets qu'elle a arrêtés rapidement.

Lorsqu'elle a eu Jennifer, il était impossible pour elle de rester seule à la maison pour

s'occuper de sa fille. Elle sortait beaucoup avec ses amis, c'est monsieur qui s'occupait de Jennifer.

On retrouve dans l'histoire de Mme L des éléments traumatiques. En effet, on retrouve dans la petite enfance la notion d'attouchements par un ami de la famille puis d'agressions sexuelles dans l'enfance de la part du père. On retrouve des éléments en faveur de négligences et de carences affectives : les deux parents de Mme L auraient eu une consommation alcool chronique. Ils ont peu protégé Mme L dans son enfance : attouchement de la part d'un ami de la famille puis du père de Maeva. La mère de Maeva avait des problèmes d'alcool à cette période là. Le père de Mme L est actuellement sans domicile fixe, il a été incarcéré à plusieurs reprises. La mère de Mme L est installée avec son compagnon. Mme L a renoué des liens avec sa mère depuis peu de temps, il y a eu beaucoup de conflits entre elles. Il semble que ce soit sa marraine décédée il y a peu de temps qui prenait la place d'une figure maternelle pour elle.

Mécanismes de défense

Nature de l'angoisse

La nature de l'angoisse est de l'ordre de l'abandon : Mme L exprime bien son incapacité à rester seule, le beau-frère constamment à la maison était une véritable objet anaclitique. Elle le décrit à la fois comme un compagnon qui pourrait être le père de l'enfant, son propre frère, quelqu'un qui est pareil qu'elle. On entend une relation complètement symétrique. Leur relation est idéalisée, magnifiée : « il me comprenait » ; « il était toujours là ». Elle s'appuyait sur lui véritablement au sens anaclitique.

Quand elle évoque sa présence à la maison et son rôle auprès de Jennifer, on peut entendre au niveau fantasmatique un place de père pour Jennifer et Maeva. Il est complètement idéalisé « il me comprenait » « il était toujours là ». Il est magnifié et investi comme protecteur. Dans la réalité on retrouve des éléments inquiétants : une consommation d'alcool chronique, un état dépressif depuis 5 ans, des idées noires. Quand nous évoquons la dépression du beau-frère elle dira : « et moi j'étais pareille » « il me comprend ». Elle s'identifie dans cet autre qui est mort et qui était « pareil ».

Au contraire, le compagnon est le « mauvais objet » décrit comme absent, celui qui était « froid » avec le beau-frère. Il ne souhaitait pas garder l'enfant, il a été peu présent quand Mme L était à la maternité. Paradoxalement, il est décrit comme étant celui qui s'est occupé de

Jennifer dans sa petite enfance quand elle ne pouvait pas le faire.

On peut se demander s'il n'y a pas une sorte d'identification au beau-frère dans un registre mélancolique. Dans l'identification à quelque chose de mort, de vide. On entend les angoisses d'abandon de Mme L au décès du beau-frère, celle-ci se décrivant seule malgré la présence de son compagnon.

L'hyperactivité pendant la grossesse peut être lue comme une conduite « d'autodestruction » pour lutter contre les angoisses liées à la perte du beau-frère et aux changements psychiques de la grossesse. En effet, selon *Catherine Chabert* : « Dans l'identification mélancolique, ce qui prévaut relève du désanimé, mortifié : le Moi s'amalgame avec l'objet mort, paradoxalement toujours présent, dont la perte engage angoisses d'abandon et d'anéantissement »(10).

Après ce décès, Mme L s'est beaucoup appuyée sur l'ex-compagne du défunt, mais également sur les soignants, dans une demande d'entretiens très fréquents. Elle décrit une sensation de vide, de vacuité psychique que l'on peut mettre en lien avec le défaut d'intégration du moi. Le décès de la marraine de Mme L, qui était une figure maternelle pour elle a entraîné une rechute dépressive majeure.

Clivage

Les relations de Mme L oscillent très vite entre bon et mauvais objet, elle s'attache et idéalise très vite. Par exemple le beau-frère décédé est décrit comme idéalisé alors que son compagnon est décrit comme froid et peu présent.

Quand elle évoque ses filles, Jennifer est le mauvais objet, l'enfant turbulent, colérique alors que Maeva est le bébé parfait qui sourit sans arrêt. Quand elle décrit les relations avec sa propre mère, on voit que la relation oscille entre des moments de ruptures et une idéalisation quand celle-ci garde Jennifer et passe ses journées avec elle à la maternité.

A la naissance de Maeva, des éléments d'identification projective apparaissent, elle projette ses angoisses d'abandon sur Jennifer qu'elle suppose en difficulté à l'arrivée de Maeva. Elle peut alors mettre du sens sur les soins, mais « pour aider Jennifer ».

4.1.3.3 Le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

Vécu de la grossesse

Il y a une grande ambivalence concernant Maeva. En effet elle pouvait déjà être « vivante », « présente » au moment de l'annonce de la grossesse : « j'arrivais pas à tuer mon enfant », et à la fois déjà morte : « J'avais du mal à l'accepter la grossesse. Surtout que je m'étais imaginée que j'allais plus l'avoir ce bébé quand on faisait les démarches pour avorter... Du coup je l'aimais plus tellement ce bébé... ».

Lors des entretiens avec la psychologue on relève que Mme L a pu dire qu'elle était déçue d'avoir une fille, elle aurait voulu avoir un garçon pour lui donner le prénom de son beau-frère en deuxième prénom, en hommage. Lors de la grossesse, Mme L bougeait beaucoup car elle souhaitait que Maeva naisse avant le mois de janvier, date anniversaire du décès du beau-frère. On entend peu de sollicitude ou de préoccupation maternelle pour Maeva. Le lieu même où Mme L accouchait était avant tout le lieu où son beau-frère était décédé. Elle laisse peu de place à Maeva au début de la grossesse. Les entretiens psychologiques permettront de faire émerger Maeva : « Ça a changé après quand j'ai eu les séances avec la psychologue, j'ai pu aimer qu'elle soit en moi.... ».

Vécu de l'accouchement

Mme L décrit beaucoup d'angoisse autour de l'accouchement et la crainte de perdre Maeva quand elle ressent les contractions et la perte du bouchon muqueux. Elle explique que le couple n'avait pas encore choisi le prénom ou acheté toutes les affaires nécessaires alors qu'elle est née avec seulement 15 jours d'avance. Maeva est décrite à sa naissance comme en souffrance : « Elle se refroidissait vite et je me rappelle qu'elle avait des hématomes au niveau du visage, elle était bleue ». On imagine un bébé mort quand on l'entend la décrire. Elle pourra évoquer un sentiment de culpabilité : « Je me suis sentie un peu coupable après elle devait faire 3 kg....Je l'ai fait arriver plus tôt.... ».

Vécu du post-partum

On entend un moment de « lune de miel » à l'arrivée de Maeva. Elle est décrite par Mme L comme un bébé « médicament » : « le fait de m'occuper de ma fille ça m'occupait l'esprit. J'étais heureuse... Je voulais plus la lâcher... Même la nuit elle dormait avec moi. ». « Heureusement que j'ai Maeva, c'est grâce à elle que je suis pas tombée plus profond... ».

Elle décrit un bébé se manifestant peu, pouvant être dans une hyper-adaptation à ses parents : « Elle fait beaucoup de sourires à n'importe qui....dès qu'on la regarde. Dès la naissance elle faisait déjà des sourires, dès le matin. » ; « Très calme, elle veut pas se retourner sur le ventre ... Elle bouge pas, elle fait rien. C'est la petite mémère, tranquille.....Elle pleure énormément le matin quand elle a faim et la journée on l'entend jamais. ». Elle évoque peu d'inquiétudes pour Maeva alors qu'à l'époque les services de PMI l'avaient déjà alertée sur le fait que Maeva était peu éveillée, en retrait.

4.1.3.4 Rapport au soin et aux soignants

4.1.3.4.1 Ressenti par rapport à la proposition de suivi

Elle répètera plusieurs fois qu'elle avait confiance en la puéricultrice, ce qui a permis qu'elle accepte d'être adressée à la psychologue. « Ca se passait bien avec la puéricultrice alors je lui ai parlé ». Elle n'aurait pas pu en parler à la maternité, celle-ci expliquant ses inquiétudes vis-à-vis d'un placement. On voit l'importance des liens de la PMI avec l'équipe de pédopsychiatrie qui a permis un adressage rapide de la patiente vers la psychologue.

Elle n'évoque pas de ressenti concernant la proposition de soin, elle dépose les symptômes dépressifs qui étaient présents à l'époque : « J'arrivais plus du tout à dormir, j'étais vraiment pas bien. Je me sentais vide....j'avais plus envie de rien. Je vivais mal la grossesse par rapport à la première. ».

4.1.3.4.2 Sens mis sur les soins

Mme L met peu de sens sur le suivi dans le post-partum, elle dira : « Elle m'avait dit (la pédopsychiatre): « Je vous ai accompagnée pendant la grossesse après il faut que je vous suive

avec l'enfant ». Elle ne semble pas remettre en cause la continuité du suivi pour autant.

La relation avec Maeva est idéalisée dans les premiers temps, elle ne met donc que peu de sens sur un suivi mère/enfant. Elle va d'ailleurs voir la psychologue seule. Elle ne va mettre un sens sur le suivi mère/enfant qu'après que la psychologue ait évoqué une relation fusionnelle avec Maeva et que Mme L évoque les troubles du comportement de Jennifer. Il lui faut donc passer par ce temps individuel sans l'enfant pour pouvoir mettre un sens sur le suivi mère/enfant par la suite. On voit l'importance d'un suivi bifocal permettant de préserver un espace pour la mère seule et un autre espace mère/enfant.

4.1.3.4.3 Attente envers les soins et satisfaction vis-à-vis de ces soins

« Je voulais qu'on m'aide pour ma relation avec Jennifer... » .Mme L évoquera sa crainte que Jennifer se sente abandonnée alors qu'elle investit beaucoup Maeva. « Je lui ai demandé de l'aide pour Jennifer parce qu'elle prenait le dessus, c'était compliqué. Quand je suis venue au CMPEA c'était tout de suite après la maternité. Il fallait surtout aider Jennifer.... Pour parler de notre relation...On s'est éloignées... Quand Jennifer demande de l'attention je trouve des excuses pour m'occuper de Maeva. J'ai pas envie de la laisser tomber, qu'elle se sente abandonnée mais je m'occupe plus du tout d'elle depuis qu'il y a Maeva. ».

Le dossier de Mme L avait été alors discuté en synthèse d'équipe, le pédopsychiatre étant préoccupé par Maeva, mais aussi par Jennifer qui semblait en grande souffrance avec ses troubles du comportement. Il avait été alors décidé que la pédopsychiatre reçoivent Maeva et Jennifer et que l'espace avec la psychologue soit reproposé à Mme.

Mme L évoquera ses difficultés actuelles, celle-ci ayant un effondrement dépressif suite au deuil de sa marraine. Elle se décrit alors comme indisponible pour Maeva et Jennifer.

« Oui... et puis c'est vrai que depuis le décès de ma marraine il y a quelques semaines, je suis pas bien, je pleure tout le temps... Quand Maeva me sourit j'ai envie de pleurer... Mon copain s'en occupe tout le temps. Jennifer j'arrive pas à lui lire une histoire sans pleurer.. Elle comprend pas... je lui dis non j'y arrive pas....Elle voit que je suis vraiment pas bien. ».

Elle évoque sa famille, le fait qu'on s'occupe d'elle depuis le décès de sa marraine : « Ça me fait du bien que ma famille s'occupe de moi. J'allais toujours chez ma marraine dormir les week-ends en vacances. J'ai pu revoir mes cousins, j'ai passé du temps avec eux. » Elle semble

alors reprendre une position d'enfant. Elle passe donc d'une relation fusionnelle avec Maeva à un retrait dépressif où elle s'occupe peu de celle-ci et souhaite elle-même reprendre une place d'enfant.

4.1.3.5 Est elle satisfaite de la relation avec Maeva ?

Elle décrit dans un premier temps une relation fusionnelle, qui la rend heureuse : « Je la garde pour moi...je lui donne encore le sein matin et soir. Je ne peux pas la laisser, dès qu'elle pleure je vais direct me lever ». Elle laisse peu de place au père : « je laisse pas faire le papa ». Maeva semble avoir une position « d'antidépresseur », celle-ci faisant des sourires à tout le monde, restant calme, dormant beaucoup, Elle semble être en retrait et être peu présente. Depuis le décès de sa marraine, Mme L décrit une prise de distance avec Maeva, elle laisse entièrement le relais au père. Elle semble en difficulté pour s'ajuster à Maeva et semble être dans le tout ou rien, dans une relation fusionnelle ou complètement en retrait. On entend également la difficulté de Mme L d'être là à la fois pour Maeva et Jennifer. Elle évoque souvent un sentiment d'abandon que pourrait ressentir Jennifer mais semble plus parler d'elle et de son histoire.

Maeva présente un retard staturo-ponderal, et la puéricultrice de PMI passe souvent au domicile. Elle est décrite comme un bébé peu éveillé et en retrait par les TISF et les services de PMI, Mme L la stimulant peu. Il n'y a pas eu de colique, ou de pleurs importants dans les premiers mois. Maeva semble beaucoup s'adapter et s'exprime peu. Mme L pourra dire qu'elle a un petit poids mais verbalise peu d'inquiétudes pour sa fille.

Au niveau du suivi, même s'il reste discontinu, Mme L oubliant fréquemment des rendez-vous, il semble y avoir une bonne alliance et Mme L accepte également les différents intervenants sociaux : éducatrice, TISF, puéricultrice à domicile. Néanmoins, malgré la mise en place d'un étayage important, Candice et Jennifer semblent présenter toutes deux une souffrance. Une synthèse a été programmée, l'équipe de pédopsychiatrie ayant dans l'idée une demande de placement.

Voici quelques éléments concernant l'évolution de Maeva dans le post-partum, transmis par

l'équipe de pédopsychiatrie peu après nos entretiens :

Le suivi avec le pédopsychiatre est discontinu, Mme L ne se présentant pas à plusieurs rendez-vous puis appelant pour avoir un rendez-vous en urgence. Il y a un fléchissement thymique depuis le décès de la marraine de Mme L peu avant les 5 mois de Maeva. Les services de PMI décrivent le domicile comme sombre (volets fermés en permanence), sale, avec beaucoup d'animaux. La TISF a des difficultés à travailler l'hygiène avec le couple. Le bébé est peu éveillé et aurait déjà un retard au niveau psychomoteur, il dort beaucoup. Mme L le stimule peu. Lors des rendez-vous médicaux et du passage de la puéricultrice, il y a peu d'échanges de regard, de paroles ou d'interaction. Mme L accepte de venir sur les ateliers parents/enfant sur la PMI, où des échanges de bonne qualité peuvent se mettre en place mais de façon discontinue et avec étayage des professionnels. Mme L bénéficie de la totalité des aides disponibles : passage d'une puéricultrice tout les 15 jours, éducatrice une fois par mois, TISF 3 fois par semaine. Une synthèse est prévue en septembre, l'équipe de soin ayant en tête un placement. Les troubles du comportement de l'aînée Jennifer sont très importants et alertent l'école et l'équipe de PMI. Le père de l'enfant n'est pas présent lors des rendez-vous médicaux.

4.2 Etude secondaire : étude de dossier

Nous allons présenter dans cette partie, les éléments que nous avons relevé des dossiers des 22 patientes (les 3 que nous avons rencontrées et les 17 qui rentraient dans les critères d'inclusion sur cette période), ainsi que les réponses des soignants concernant les freins qui les ont empêché d'adresser les patientes.

Pour rappel, sur la maternité de Poitiers entre juillet 2015 et juillet 2016, 17 patientes présentant un trouble de la personnalité rentraient dans le cadre de notre travail de thèse. Il a été proposé à 3 d'entre elles de nous rencontrer. Sur Châtellerauld, 5 patientes correspondaient à nos critères d'inclusion et ont rencontré l'équipe de pédopsychiatrie, l'équipe n'a proposé à aucune d'entre elles de nous rencontrer.

4.2.1 Les freins des soignants pour adresser les patientes

Nous avons questionné les médecins pédopsychiatres des deux équipes afin de connaître les freins qui les ont empêché de nous adresser les patientes pour notre thèse. Voici leurs réponses :

- La nécessité de faire un signalement ou une information préoccupante.
- L'alliance fragile, les soignants craignant que la patiente refuse et qu'il y ai une rupture de suivi s'ils lui proposaient une participation à notre étude.
- L'anosognosie de la patiente.
- La banalisation de ses difficultés.

Les soignant expliquent qu'ils prenaient le temps avec les patientes de mettre du sens sur les soins et qu'ils souhaitaient proposer notre étude une fois qu'une meilleure alliance se serait installée. La plupart du temps, il y avait une rupture de soin avant qu'ils puissent proposer à la patiente de nous rencontrer.

4.2.2 Étude des dossiers des 22 patientes

La tableau regroupant tous les éléments est en Annexe n° 1

Aucune des 22 patientes n'avait reçu un diagnostic de trouble de la personnalité de la part d'un médecin.

On note que pour 7 des 22 patientes, une informations préoccupantes (IP) devait être rédigée. Pour deux situations, des Actions Educatives en Milieu Ouvert (AEMO) étaient déjà en cours pour les aînés au moment de la grossesse et les mesures ont été étendues au bébé à venir. De fait des enquêtes sociales ont donc eu lieu pour 9 patientes sur les 22, soit 40% des cas. Il y a eu deux placements à la naissance. Pour 3 autres mères, les équipes étaient très inquiètes et ont évoqué des placements séquentiels. Ce sont donc des situations extrêmement lourdes à gérer pour les soignants.

Les critères les plus fréquents d'adressage vers les consultations de pédopsychiatrie sont :

- Une décompensation psychiatrique pendant la grossesse dans 8 cas sur 22, soit 36 % des cas.
- L'isolement et la précarité dans 5 cas sur 22, soit 22 % des cas.
- Antécédent de placement maternel dans 5 cas sur 22, soit 22 % des cas.
- Antécédent psychiatrique dans 5 cas sur 22, soit 22% des cas.

Trois des patientes sur les 22 ont verbalisé avoir envisagé une interruption volontaire de grossesse (IVG) et étaient donc ambivalentes vis-à-vis de la grossesse.

On retrouve des symptômes de décompensation aiguë chez 9 patientes, soit 41 % des mères avec un trouble de la personnalité Borderline. Six patientes sur ces 9 présentaient une décompensation de l'ordre de la dépression dont 5 d'entre elles pendant la grossesse (1 au moment du post-partum). On remarque que sur les 9 patientes présentant une décompensation aiguë, seulement une a refusé le suivi dans le post-partum. Celle-ci avait présenté une anxiété, des troubles du comportement et une impulsivité lors de l'hospitalisation sur la maternité, qui avait nécessité une consultation avec le psychiatre des urgences.

Concernant les motifs d'absence de proposition aux femmes, on retrouve dans 31% des cas: la rupture brutale de suivi, la rédaction d'information préoccupante et une alliance

précaire. Il semble que lorsqu'une symptomatologie psychiatrique aiguë (dépression, angoisses, troubles du sommeil) est présente, les mères acceptent le suivi par l'équipe de pédopsychiatrie.

Concernant la symptomatologie des bébés, des symptômes de retrait sont relevés dans 4 cas sur les 22 patientes, dans les limites des informations que nous avons pu récupérer. Trois des quatre mères de ces enfants bénéficiaient d'un suivi dans le post-partum, la troisième a refusé. Des distorsions interactives avec l'enfant étaient notées chez 7 dyades sur les 22 par les équipes soignantes. Les termes revenant le plus souvent étant la discontinuité maternelle dans ses interactions et les difficultés d'ajustement.

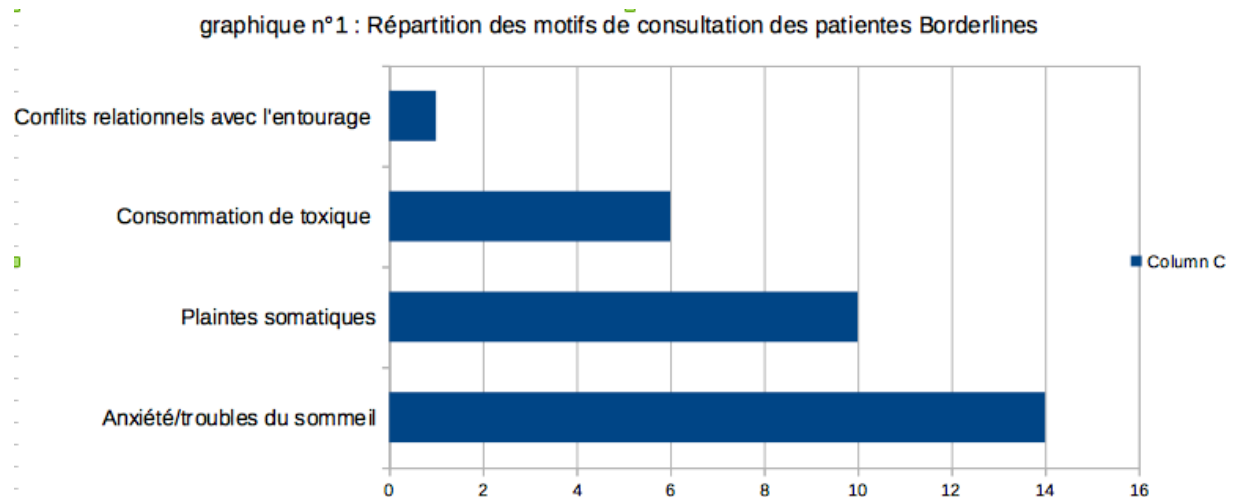
Concernant les suivis dans le post-partum, 13 patientes sur les 22 ont bénéficié d'un suivi dans le post-partum :

- Deux ont été transférées dans un autre département avec relai de l'équipe de pédopsychiatrie sur place.
- Une patiente était en détention et une a bénéficié d'un suivi par l'équipe du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR).
- Quatre patientes ont accepté les consultations en pédopsychiatrie sur le CMPEA, mais deux dans le cadre de mesure judiciaires (AEMO)
- Deux patientes sont suivies en hôpital de jour à l'Unité mère-bébé.
- Deux ont continué leur suivi en psychiatrie adulte (une suite à une décompensation : le bébé a été placé à la naissance, une autre a consulté deux fois au CMPEA puis a arrêté le suivi et a continué avec son psychiatre adulte).

Une patiente a été suivie à la fois sur l'UMB et le CMPEA par la psychologue et le pédopsychiatre.

4.3 Etude tertiaire : réponses des médecins généralistes

Sur les 23 médecins ayant répondu, un seul a noté ne pas avoir rencontré de patiente Borderline lors de ses consultations. Concernant les motifs de consultation on peut voir que l'anxiété et les troubles du sommeil sont au premier plan :



A la question, ces patientes borderline ont elles (dans la majorité des cas) un suivi psychologique en cours :

- 50 % des patientes seraient suivis
- 50% n'auraient pas de suivi

Concernant les réponses sur le type de suivi :

- 2 d'entre eux ont répondu que les patientes pouvaient consulté à la fois sur le secteur et en libéral soit 18 %
- 7 ont répondu sur la psychiatrie de secteur soit 64 %
- 2 en libéral soit 18 %

Avez vous déjà rencontré des patientes borderline enceintes ?

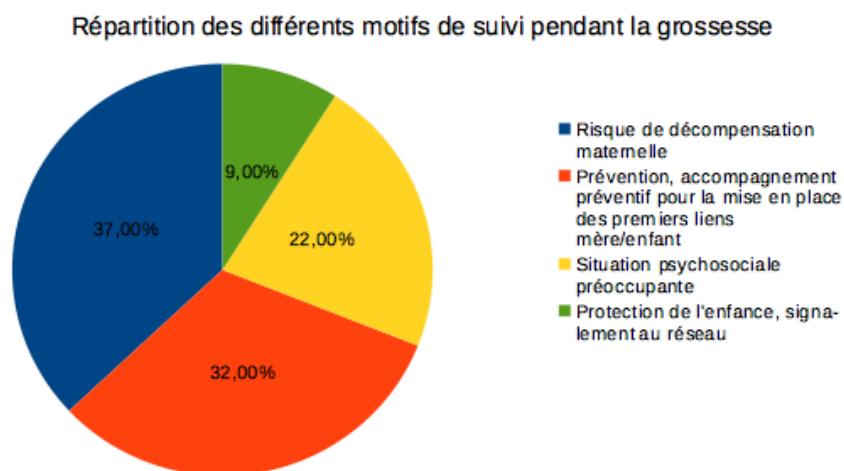
La majorité des médecins généralistes ne rencontrent pas les patientes borderline quand elles sont enceintes, en effet : 39,1 % ont répondu oui et 60,9 % non.

Pensez-vous qu'un suivi psychologique ou psychiatrique soit nécessaire pour ces patientes pendant leur grossesse?

91,3 % des 23 médecins généralistes ayant répondu à cette question pensent qu'un suivi psychologique est nécessaire pour ces mères pendant la grossesse. Deux médecins ont coché la case autre et ont commenté en écrivant que cela dépendait des situations et notamment de la place du père. Personne n'a coché la case non.

Pourquoi pensez-vous qu'un suivi est nécessaire :

22 médecins ont répondu à cette question :

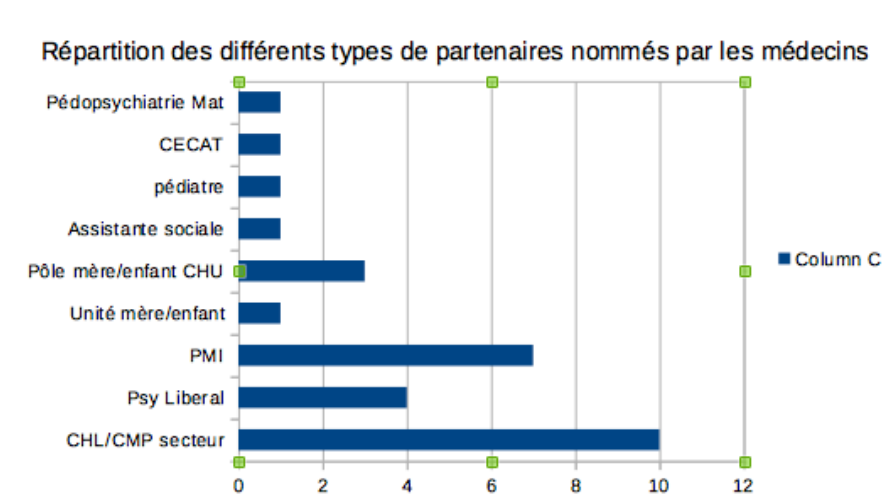


Les motifs de suivi les plus fréquemment évoqués par les médecins généralistes sont le risque de décompensation maternelle durant la grossesse et l'accompagnement préventif pour l'enfant. Les médecins généralistes n'ont pas coché la case « autre » ou écrit de commentaire.

Savez-vous à qui vous pouvez les adresser, si oui pouvez-vous nommer les partenaires ?

Deux médecins sur les 20 qui ont répondu à cette question ont dit qu'ils ne savaient pas à qui adresser les mères borderlines pendant leur grossesse.

La répartition des différentes réponses est présentée dans le diagramme suivant :



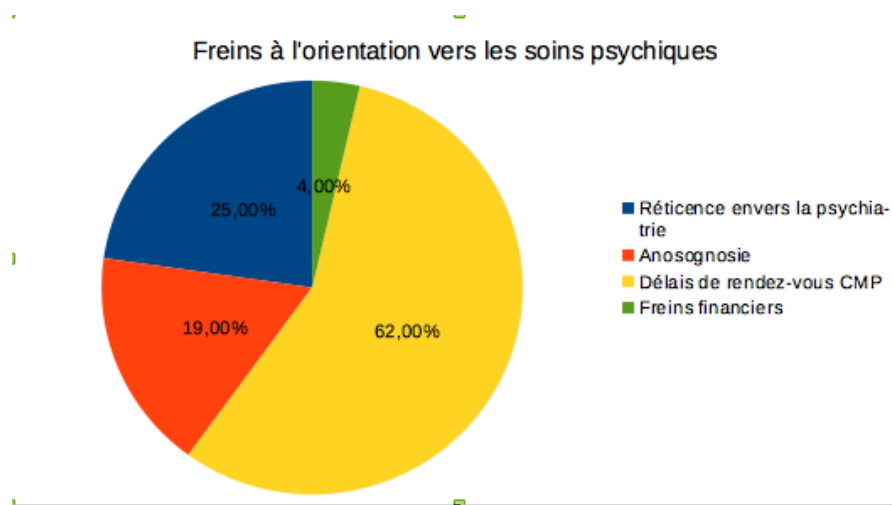
Il est intéressant de noter que l'équipe de Pédopsychiatrie de la maternité n'est nommée qu'une seule fois, néanmoins elle travaille en collaboration avec le pôle mère/enfant du CHU qui est cité trois fois. L'unité Mère/Bébé n'est citée qu'une fois néanmoins une confusion est possible car elle fait partie du Centre Henri Laborit. Les deux partenaires les plus nommés sont d'abord la psychiatrie adulte (CMP adulte/service de secteur) puis la PMI.

Avez vous des difficultés à adresser ces patientes vers un psychiatre ou un psychologue ?

74 % des médecins ont répondu qu'ils avaient des difficultés à adresser ces patientes vers les soins et 26 % non.

Si oui pourquoi ?

Sur les 17 médecins ayant répondu oui, 16 ont répondu à la question pourquoi.



Les délais de consultation des CMP sont largement mis en avant : 62 % des cas, suivi par la réticence envers la psychiatrie dans 28 % des cas.

Une partie remarques permettait aux différents médecins de pouvoir s'exprimer sur le questionnaire. Voici les 6 réponses :

1) Il m'est en général assez difficile de faire accepter le principe de la prise en charge psychologique à ces patientes qui en ont besoin du fait de leur absence de reconnaissance de leurs difficultés, des représentations qu'elles ont de la prise en charge en psychiatrie ou des difficultés à obtenir une prise en charge rapide quand la patiente y est prête (et souvent, le délais de cette prise en charge rend l'acceptation caduque...).

2) manque de psychiatre il faut faire jouer ses relation ,car délais long plus de 3 mois pour prises en charge libérales.

3) la pauvreté du financement du secteur psychiatrique est alarmante!

4) l'état de la psychiatrie en France n'est pas très vaillant

5)manque de lien et de référent

6)J'ai un recrutement de patients précaires. Les prises en charges libérales ne peuvent être financièrement assumées. Le CMP est le seul moyen pour eux. Les délais les font le plus souvent ne pas se présenter aux RDV.

5 Discussion

Il nous semblait important de pouvoir donner la parole aux patientes afin qu'elles puissent exprimer leur vécu des soins. Néanmoins, les difficultés à trouver d'une part un outil adapté pour recueillir ce vécu, et d'autre part les difficultés à pouvoir rencontrer les différents membres du réseau pouvant nous adresser ces patientes a entraîné une évolution et des transformations du protocole sur plusieurs mois.

Nous avons prévu au départ plusieurs entretiens en pré et post-natal et des tests psychométriques, notamment l'échelle STAY pour mesurer l'anxiété et la mettre en lien ou pas avec l'adhésion aux soins.

D'autre part, nous souhaitions faire plusieurs bras selon les différents types de prise en charge thérapeutique : consultation, hôpitaux de jour ou hospitalisation complète. A terme l'idée de les séparer en plusieurs groupes n'était plus pertinente, d'une part devant le faible recrutement, mais aussi en lien avec le fait que les patientes bénéficiaient la plupart du temps de plusieurs prises en charge simultanément (consultations avec l'équipe de pédopsychiatrie et prise en charge en hôpital de jour sur l'UMB).

De plus, les patientes nous étant seulement adressées à partir du post-partum, nous avons décidé de nous focaliser sur cette période. En effet les équipes de la maternité qui devaient nous adresser les patientes étaient plutôt en faveur des entretiens dans le post-partum, trouvant le temps du pré-partum trop court. Leur priorité pendant la grossesse était de construire une alliance avec les patientes.

5.1 Limites et biais

5.1.1 Les biais

5.1.1.1 Biais de sélection

Le principal biais de cette étude est le recrutement qui a été faible. Nous avons évoqué plus haut dans notre étude les difficultés évoquées par les soignants et les membres du réseau

pour nous adresser les patientes.

Notre recrutement était hospitalier, toutes les patientes avaient été repérées comme étant en grande difficulté par le réseau et avaient rencontré de multiples intervenants. Elles n'étaient donc pas représentatives de la population borderline dont une partie doit être moins bruyante dans sa symptomatologie et/ou moins en difficulté à la vue du faible recrutement.

De plus, les soignants ont proposé notre étude seulement aux patientes qu'ils pensaient « orientables », c'est-à-dire avec une bonne alliance et un bon investissement dans les soins ce qui est un biais majeur étant donné que nous allons les questionner sur leur vécu des soins.

Deux des patientes rencontrées présentaient des éléments cliniques en faveur d'un épisode dépressif majeur, dont une avec des modalités de retrait relationnel au premier plan. Elles ne sont pas représentatives de la population borderline.

5.1.1.2 Le biais d'information :

Les informations récupérées l'ont été à posteriori dans le post-partum à minimum 5 mois, ce qui peut entraîner un biais d'information. En effet le récit des patientes peut être moins fiable, ou reconstruit à partir d'événements du post-partum et du discours des soignants.

De plus nous n'avons pas rencontré les patientes au même moment dans le post-partum : 5, 6 et 7 mois ce qui rend leurs réponses moins comparables. En effet, elles n'avaient pas le même recul sur les soins.

Le délai entre les deux entretiens était d'environ un mois, ce qui laissait peu de recul aux patientes sur les soins. Néanmoins, comme nous les avons rencontrées tardivement par rapport à notre période d'inclusion, nous avons préféré garder des entretiens rapprochés.

Nous avons rencontré deux des trois patientes sur la maternité pendant leur grossesse, dans le cadre d'un stage, ce qui pouvait également faire qu'elles ne nous considéraient pas comme neutre et aurait pu ne pas évoquer certains éléments avec moi concernant leur vécu des soins.

Les difficultés de symbolisation des patientes en lien avec leur trouble de la personnalité rendait difficile l'expression de leur vécu, d'autant plus quand une

symptomatologie dépressive était associée.

5.1.1.3 Biais méthodologiques

En effet, il n'y a pas de questionnaire standardisé pour mesurer le vécu des patients, et les outils semblaient se trouver plus du côté de la sociologie, domaine que nous maîtrisons peu.

Nous avons contacté le service de sociologie mais celui-ci n'a pas pu nous transmettre d'outils pour recueillir et traiter nos données.

Nous avons contacté le statisticien du DIM et l'ingénieur de l'unité de recherche clinique pour nous aider dans notre protocole, néanmoins il n'ont pas pu nous indiquer d'outils pour extraire et traiter nos résultats qui sont avant tout des réponses libres et des données qualitatives. Les données que nous avons recueillies sont avant tout subjectives et ne pouvaient pas rentrer dans le cadre d'une recherche statistique significative.

5.1.1.4 Biais de confusion

Une des trois patientes avait déjà un suivi psychologique avec un psychiatre adulte. Sa représentation du soin psychique et de la psychiatrie était donc différente des autres patientes, ce qui a pu interférer avec l'expression de son vécu.

Le vécu et son expression sont liés à l'état thymique des patientes. Deux des trois patientes rencontrées avaient des symptômes dépressifs. Il est donc probable que leur vécu et leur perception des soins aient été modifiés par la composante dépressive.

Nous avons vu que pour la plupart des patientes, il s'agissait de situations psycho-sociales très lourdes avec un étayage socio-éducatif important. La crainte d'un placement de l'enfant était très présente pour ces mères, ce qui a également pu impacter leurs réponses sur le vécu des soins.

5.1.2 Limites

5.1.2.1 Un manque de temps et de moyens

Nous avons mené une activité clinique à plein temps pendant la rédaction de cette thèse hors champ de la périnatalité ce qui a pu rendre les rencontres avec les équipes de périnatalité plus difficile. En effet, nos rencontres avec les différents intervenants de la périnatalité devaient se mettre en place en dehors des temps institutionnels et de consultation. La nécessité de se dégager du temps pour re-solliciter les différents services du réseau n'a pas été simple ainsi que la concordance de nos emplois du temps. Ceci peut mettre en lumière les difficultés existantes entre les partenaires du réseau pour se rencontrer et se transmettre les informations.

Les entretiens pouvaient difficilement se faire à la maternité du fait de problème de disponibilité des bureaux, les entretiens se sont donc faits soit au domicile des patientes, soit sur le CMPEA petite enfance. Le fait de devoir venir en pédopsychiatrie pouvait être complexe pour elles en fonction de leurs représentations de la psychiatrie.

5.1.2.2 Difficultés de recrutement

Nous avons donc rencontré les patientes uniquement dans le post-partum. Il a été proposé à seulement 3 patientes de nous rencontrer sur 22 qui auraient pu potentiellement être incluses dans notre protocole. Malgré le fait que ces 22 patientes étaient déjà rentrées dans le réseau de soins, il semble que la rencontre avec elles ait été impossible du fait de la difficulté à nous les adresser. Or s'il est compliqué d'adresser une patiente entre confrères dans une même structure, on imagine les difficultés pour chaque intervenant pour pouvoir adresser la patiente à un membre du réseau.

Nous avons contacté les équipes de pédopsychiatrie de liaison des maternités Poitiers et de Châtellerauld ainsi que le médecin de l'unité mère-bébé pour le recrutement. Nous n'avons pas contacté les maternités de périphérie celles-ci ne collaborant pas toutes avec les équipes de pédopsychiatrie locales. De plus il nous semblait évident devant la difficulté pour recruter ces patientes, que des équipes avec qui nous avons déjà travaillé seraient plus à même

de nous adresser les patientes.

Nous avons présenté notre projet devant les sages-femmes de PMI de Poitiers et de Châtellerauld en présence de leur médecin coordonnateur dans l'idée qu'elles puissent adresser à l'aide d'un auto-questionnaire diagnostique les patientes qu'elles rencontraient pendant leur grossesse. Les équipes de PMI n'ont pas souhaité participer à l'étude, mettant en avant des contraintes de planning et leur charge de travail.

5.2 Apport des entretiens sur le vécu des mères borderline

5.2.1 Une rencontre qui n'a pas pu se faire

« Des gens qui naufragent ont peu le temps de délibérer et encore moins le temps de s'attendrir »

V Hugo, Les travailleurs de la mer, I, VI, V

5.2.1.1 Freins à l'inclusion dans notre étude

En essayant de rencontrer les mères souffrant d'un trouble de la personnalité borderline, nous avons été soumise à la multiplicité des intervenants, aux difficultés de lien et de communication entre eux, à la difficulté pour les différents professionnels de trouver du temps pour nous adresser ces patientes.

Le temps sur la maternité est un temps singulier, extrêmement court, et la plupart des situations étaient des situations lourdes, complexes, ce qui laissait peu de temps aux professionnels pour proposer notre recherche. En effet presque la moitié (40%) des patientes borderlines rencontrées par les professionnels sur notre période d'inclusion rencontraient les services sociaux dans le cadre d'information préoccupante ou d'AEMO.

De plus, 2 des 3 mères que nous avons rencontré présentaient des dépressions sévères ce qui rendait difficile un entretien pour exprimer leur vécu alors qu'elles étaient plutôt sur des modalités de retrait et de vacuité psychique. Il aurait probablement fallu rencontrer ces mères

plus à distance car celles-ci n'avaient pas le recul ou la disponibilité psychique suffisante pour évoquer leur vécu des soins.

Nous pensions rencontrer plus de mères borderlines non décompensées et dans des situations sociales moins précaires. Devant le faible nombre de patientes rencontrées sur les deux maternités nous pouvons imaginer que celles-ci ne sont pas dépistées ou qu'elles utilisent un autre réseau de soin que celui de la PMI et de la pédopsychiatrie. La littérature indique que les patients borderlines consultent beaucoup les soins primaires donc les médecins généralistes avec par exemple une prévalence de 4 à 6 % au Royaume-Uni (3) Il nous semblait donc pertinent d'imaginer que les mères borderlines qui étaient « plus fonctionnelles » et insérées socialement que celles recrutées sur la maternité devaient plutôt demander de l'aide à leur médecin généraliste.

5.2.1.2 Difficultés d'adressage des médecins généralistes vers le réseau de soin

Le questionnaire des médecins généralistes nous a permis de montrer les difficultés d'adressage vers le réseau :

En effet, ils repéraient bien ces patientes et mettaient en avant que 50 % d'entre elles n'étaient pas suivies par un psychiatre car anosognosiques.

Lorsqu'ils pouvaient les accompagner vers les soins, le délai de rencontre rendait l'acceptation caduque.

Ils connaissaient peu les différents lieux de soin où adresser ces patientes lorsqu'elles sont en difficulté pendant la grossesse. Le plus souvent, ils les envoyaient vers les CMP de secteur ou la PMI. Deux d'entre eux ont répondu qu'ils ne savaient pas où les adresser. Ils ont pu écrire plusieurs remarques pertinentes, notamment le besoin de liens et de référents à qui adresser ces patientes.

Il nous semble donc qu'un travail de lien et de prévention en association avec les médecins généralistes est important afin de pouvoir rencontrer ces patientes en amont. En effet l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sur la maternité n'a été citée qu'une fois et le pôle mère-enfant du CHU quatre fois.

5.2.2 Le vécu des soins

Malgré ces différents éléments et le peu de patientes rencontrées, le discours des patientes fait écho à plusieurs éléments que nous avons retrouvés dans la littérature :

Une des patientes de l'étude de cas a pu évoquer à plusieurs reprises un sentiment de stigmatisation du fait de sa pathologie psychiatrique, d'être mise dans une case :

- Mme R lorsqu'on lui a évoqué l'UMB : « Surtout qu'elle en a parlé au premier entretien sans même me connaître. Tac tac la case psychiatrie à UMB. » ; « Mon dossier aurait suivi avec les problèmes d'alcool, j'aurais toujours été dans la même case avec ma honte. En tout cas je l'aurais perçu, interprété. J'étais à risque en gros.... ».

Elle évoque l'impression qu'on la juge sur son suivi en psychiatrie adulte et ses alcoolisations. Pour elle, on l'a mise dans une case dès le premier entretien. On retrouve les mêmes éléments dans l'étude de *Nehls* : les patients participant à l'étude expliquent « vivre avec une étiquette » et ont un vécu de stigmatisation vis-à-vis de cette maladie (10).

On retrouve une autre dimension dans la littérature : celle de ne pas être pris au sérieux et se voir refuser des soins (92). Mme R évoque ce même sentiment lorsqu'elle aborde sa première grossesse. A l'époque elle dit s'être sentie en difficulté et avoir demandé de l'aide. Elle a alors consulté en PMI. Elle exprime alors sa colère contre le médecin de PMI qui a fait un signalement. Elle peut dire qu'à cette époque-là, elle ressentait le besoin de soins psychiques pour l'accompagner dans le lien avec son enfant.

- Mme R : « Pour Martial on m'a pas proposé alors que j'étais dépressive, là j'aurais eu besoin ...mais je buvais pas donc on m'a pas proposé».

Cette patiente attend beaucoup de réassurance et de validation de la part des soignants, elle a besoin de leur confiance pour qu'elle puisse avoir confiance en elle :

- Mme R : « En fait c'est la revalorisation qui est importante et pas de jugement....Quelqu'un de bienveillant et qui croit que je suis capable pour que je puisse le croire aussi... ». Si on m'avait dit : « c'est pas parce que vous avez bu que vous allez pas aimer votre enfant. C'est pas parce que vous avez eu des problèmes avec

l'alcool que vous êtes une mauvaise mère », « vous en êtes capable ». Si vous voulez je peux vous aider à vous montrer que vous êtes capable. Si on m'avait déculpabilisée d'avoir bu... ».

Lorsque nous faisons le parallèle avec la littérature nous retrouvons des données similaires : *Cailhol* évoque dans son étude que les patients borderlines souhaitent sentir une validation de la part des soignants. Il définit la validation comme la reconnaissance et l'acceptation par les professionnels du vécu du patient dans une attitude empathique. C'est-à-dire une absence de jugement, une attention bienveillante et la prise en compte de la souffrance exprimée par le patient (90). Dans l'étude de *Langley et Kloppe*, les patients indiquent qu'ils souhaitent que le clinicien les écoute vraiment et les accepte tels qu'ils sont : « cela leur confère le sentiment d'être tenu et contenu » (87).

Pour les trois patientes, la question de la place de l'aîné dans les soins est revenu. En effet la naissance de l'enfant a amené ces trois patientes à se questionner sur l'aîné et à faire émerger une demande pour lui.

Cette demande pouvait mettre les soignants en difficulté, par exemple pour Mme B qui se rendait de façon aléatoire seule avec Candice ou accompagnée d'Ylan aux rendez-vous avec les différents intervenants.

On peut se demander si ces mères qui semblent projeter sur leurs aînés leurs propres angoisses d'abandon ont besoin que l'on puisse accepter leur demande et être reçue avec eux pour pouvoir être peu à peu ramenées vers le bébé qui vient de naître. Les opinions des soignants divergeaient quand au fait d'accepter ou pas cette demande de la patiente, l'inquiétude étant que ces mères ne rencontrent pas leur bébé. En effet Mme B et Mme L étaient peu en relation avec leur bébé qui semblait rester un objet partiel.

5.2.3 Le manque de sens mis par les patientes sur les différents espaces de soins

Les patientes sont peu capables d'expliquer pourquoi on leur a proposé les soins, et surtout pourquoi il y a plusieurs intervenants. Elles différencient peu les espaces qu'on leur propose. Elles peuvent dire qu'elle répètent souvent la même chose aux intervenants, plus dans un « déversement » qu'une véritable mise au travail. Elles ne remettent pas en cause le

dispositif de soin ou la multiplicité des intervenants.

On voit toute l'importance pour les soignants de mettre du sens avec les patientes sur les soins et de bien penser le dispositif.

- Par exemple pour Mme B, l'urgence de la situation et sa demande importante de soin ont fait que les intervenants se sont multipliés : au début, suivi avec la psychologue de l'équipe de pédopsychiatrie puis avec la pédopsychiatre pour la mise en place du traitement antidépresseur, puis la psychiatre et la psychologue de l'UMB en plus. Les suivis se sont ajoutés les uns aux autres, en réponse de la demande « pressante » de soin de Mme B. Elle peut dire que par moment c'était trop, mais sans pouvoir vraiment l'exprimer aux différents intervenants. Elle semble dans la démarche de vouloir arrêter tous les soins plutôt que de venir questionner les soignants sur le nombre important de rendez-vous et les espaces qui pourraient se rassembler.
- Mme L ne peut pas mettre de sens sur les soins. Quand on lui demande son vécu des soins elle évoque les attentes des soignants dans un discours plaqué. Elle donne l'impression de se laisser porter d'un intervenant à un autre sans mettre de sens sur ce qui lui arrive. Elle ne différencie pas les espaces, où elle se déverse sans y mettre un sens : « Oui Mme V... m'écoutait et le Dr C..... m'écoutait aussi... et il y avait l'ordonnance. Ce que je disais à Mme V..., je le répétais à Mme C... ».
- Mme R peut évoquer le fait qu'elle a l'impression que personne n'est à sa place dans le réseau. Elle en déduit qu'on lui propose le suivi à cause de ses problèmes d'alcool et ne met pas de sens sur le suivi pédopsychiatrique. Elle pointera à plusieurs reprises l'importance pour elle qu'on lui explique les décisions médicales. Quand on lui demande si elle aurait mieux accepté le suivi si son psychiatre référent lui avait proposé : « Oui parce qu'il m'aurait expliqué pourquoi il pensait que j'en avais besoin... On en aurait discuté...Du coup ça m'aurait permis de mieux comprendre le suivi je pense. ».

En effet, face à leurs difficultés de symbolisation, il nous semble important de prendre le temps avec elles de mettre du sens sur les différents espaces, et évidemment de prendre le temps de se mettre en lien avec tous les acteurs pour pouvoir avoir un maillage autour de la patiente, qui a du sens pour les soignants et pour elle.

5.2.4 Le vécu de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

5.2.4.1 Emotions et changements corporels

Pour ces trois patientes, les changements corporels de la grossesse ont été ressentis tardivement. Les grossesses étaient non désirées et ont été découvertes proche de la fin du délais légal d'IVG. Le vécu de la grossesse est mis à distance et semble menaçant, notamment pour Mme L qui semble avoir une plus faible intégration du moi.

Les patientes évoquent peu d'émotions ou de changements corporels durant la grossesse. Deux d'entre elles (Mme B et Mme L) évoquent le fait qu'elles ont eu des activités physiques intenses pendant la grossesse et qu'elles tenaient peu compte de leur état de santé.

Mme L et Mme R évoquent leur sentiment d'ambivalence vis à vis du fœtus, notamment Mme L qui peut dire que les entretiens avec la psychologue lui ont permis d'aimer avoir Maeva dans son ventre.

5.2.4.2 Adaptation aux différentes étapes de la grossesse

Mme B verbalise une angoisse adaptée pour le bébé, avec une inquiétude pour sa santé, du fait qu'elle n'a pas pu se reposer pendant la grossesse : « j'allais pas faire un enfant normale ». Elle évoque également la peur de lui transmettre une maladie génétique.

Au contraire, Mme R et Mme L expriment une angoisse centrée sur elles comme on peut retrouver dans la littérature sur les mères borderlines. Elles sont envahies par des angoisses d'abandon. On ne retrouve pas d'éléments de somatisation comme évoqué par *Le Nestour* mais on trouve une décompensation dépressive pour Mme L et des crises de binge-drinking pour Mme R(88).

5.2.4.3 Les remaniements identitaires

Le Nestour décrit le travail psychique de la grossesse pour les mères borderlines comme complètement figé(49).

- En effet pour Mme R, les imagos parentaux sont clivés, avec une mère idéalisée qui était un véritable objet anaclitique et un père mauvais objet la critiquant et l'abandon alors qu'elle en a besoin. Le deuil de cette mère pendant la première grossesse est venu figer à la fois la travail psychique de la grossesse, mais aussi le deuil. Mme R n'a pas pu internaliser quelque chose de la bonne mère au niveau symbolique. Elle décrit bien sa difficulté à devenir mère alors que sa mère n'est plus là.
- Pour Mme L, il semble que le travail psychique soit figé car il vient réveiller un passé douloureux et des traumatismes. Elle évoque peut sa mère. La seule figure maternelle sur laquelle elle semble pouvoir s'appuyer est sa tante qui est décédée juste avant le premier entretien.
- Il nous a semblé que le travail psychique était moins figé pour Mme B. Même si elle s'exprimait peu, on entendait que la grossesse de Candice lui a permis de s'extraire de son passé et lui a fait prendre conscience de son fonctionnement. *Le Nestour* dit « le regain des conflits mis en acte dans l'actuel peut, espérons nous, en réactualiser les vicissitudes de manière créative, ce qui fonde nos espoirs thérapeutiques »(49).

5.2.4.4 Interactions mère-enfant

On retrouve dans la littérature dans le post-partum, la présence de distorsions interactives et de discontinuité entre les mères borderlines en difficulté et leur enfant (49) (67).

Concernant nos patientes, nous n'avons pu rencontrer que les enfants de Mme B. Néanmoins on retrouve dans les observations des professionnels une grande discontinuité des interactions pour Mme L, aggravée par la recrudescence dépressive en lien avec le décès de sa marraine. Mme L peut avoir des interactions de qualité avec Maeva mais sur des temps courts et en général étayés par les TISF ou l'équipe de PMI. Elle décrit des phases pendant lesquelles Maeva est toujours dans ses bras et où elle est « fusionnelle », et des phases de repli sur elle-même où elle ne peut plus s'occuper des enfants. Maeva est un bébé en retrait, peu éveillée qui

s'adapte beaucoup à sa mère. L'équipe de PMI était très inquiète pour Maeva au moment des entretiens.

Dans les observations des soignants, Mme B est envahie par des angoisses concernant Ylan et interagit peu avec Candice. Dans nos entretiens, elle nous dit que c'est « automatique » quand elle s'occupe de Candice. Candice est beaucoup venue chercher sa mère lors de nos entretiens ; vocalise, se déplace vers nous. Néanmoins quand nous regardons les observations des soignants quelques mois plus tard : Candice à 12 mois est une enfant tonique, éveillée mais qui rentre en relation surtout à travers les objets et croise peu le regard. Elle sollicite peu l'adulte quand il est à côté d'elle.

Concernant Mme R nous n'avons pas pu avoir d'information concernant Martial, son évolution et les interactions entre eux.

5.3 Perspectives

5.3.1.1 L'accès aux soins et l'orientation des patientes

Comme nous l'avons répété à plusieurs reprises plus haut, notre rencontre avec les mères borderlines enceintes sur Poitiers a été complexe. Peu de mères sont dépistées sur la maternité de Poitiers sur un an (17), ce qui laisse penser qu'une grande partie d'entre elles ne sont pas dépistées et si elles ont besoin de soins, les trouve dans un autre réseau que celui de la pédopsychiatrie et de la PMI.

Il faut également souligner la gravité des situations des patientes qui se présentent sur la maternité avec des décompensation dépressives fréquentes et des situations psycho-sociales extrêmement lourdes.

5.3.1.2 Comment favoriser l'accès aux soins ?

La difficulté pour les patients borderlines d'accéder aux soins spécialisés a été décrite par *Cailhol*(49) et *Bouchard*(80), ceux-ci évoquant les dysfonctionnements du réseau de soin :

- Le manque d'évaluation diagnostique de l'axe II.

- La faible organisation de l'offre du service : visé de soin à court terme, instabilité du personnel.
- La communication interdisciplinaire limitée.

Ces différents éléments peuvent raisonner avec le fonctionnement du réseau de soin sur Poitiers et Châtellerauld.

Concernant le manque de diagnostic de l'axe II, si on reprend par exemple le cas clinique de Mme R, celle-ci n'a pas reçu de diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Sur les 17 patientes repérées comme borderlines par la pédopsychiatre sur la maternité de Poitiers, aucune d'entre elles n'avaient reçu de diagnostic de trouble de la personnalité alors que deux patientes étaient suivies en psychiatrie adulte. De même sur Châtellerauld, aucune n'avait reçu de diagnostic. Il semble donc impératif de pouvoir faire un travail de lien avec les équipes de psychiatrie adulte sur le secteur et en libéral, sur l'importance du dépistage de ce trouble notamment chez les jeunes femmes. Ainsi que de sensibiliser les médecins généralistes et les sages-femmes à repérer les patientes ayant des troubles de la personnalité borderline car les résultats de notre enquête montrent qu'ils les rencontrent.

La faible organisation de l'offre du service : Les soignants des équipes de liaison ont pu pointer à plusieurs reprises au cours de notre travail, le manque de moyen dont ils disposaient pour pouvoir accompagner au mieux ces patientes. Les délais de consultation à la sortie de la maternité allaient jusqu'à 3 semaines pour les pédopsychiatres, ce qui est paradoxal quand on retrouve dans la littérature qu'une réponse rapide à la demande des patientes est la priorité des patients borderlines (78). Ils évoquaient également la question d'une visite à domicile rapide dans le post-partum pour les mères avec qui il y avait peu d'alliance. Dans une étude, *Cailhol* indique que la stabilité du soignant importe moins que la rapidité de la réponse apportée au patient, on peut donc imaginer que le passage à domicile d'un soignant, même si ce n'est pas le médecin référent de la maternité, rapidement dans le post-partum lorsque les patientes sont en difficulté pourrait convenir à ces patientes (85).

La communication interdisciplinaire entre les services de psychiatrie adulte, les médecins généralistes et les services de pédopsychiatrie nous semble donc indispensable pour construire une offre de soin structurée et adaptée aux troubles de la personnalité borderlines. Les médecins généralistes évoquent un besoin de référence, d'une personne avec qui échanger

pour adresser leurs patientes borderlines vers les soins psychiques et faire le lien.

Il n'existe pas à notre connaissance de structure spécialisée dans l'accompagnement des troubles de la personnalité sur Poitiers au niveau de secteur adulte. La littérature montre que lorsque ces structures existent, les patients n'y sont pas forcément adressés car ils sont peu diagnostiqués.

Il nous semble que pour pouvoir faire de la prévention, une structure comme celle proposée par *Le Nestour*, spécialisée dans l'accueil des familles dans lesquelles la problématique de la transmission transgénérationnelle des carences et des maltraitances se pose nous semble très intéressante. En effet, il est très probable que nous allons rencontrer parmi ces familles des mères souffrant d'un trouble de la personnalité borderline. Le travail avec ces familles permettrait de prévenir les difficultés psychiques des enfants et la répétition des carences et des maltraitances lorsqu'ils seront eux-même parents. De plus la rencontre avec une équipe de pédopsychiatrie en amont et moins dans l'urgence comme du temps de la maternité permettrait une rencontre plus apaisée avec les soins psychiques. Nous pouvons faire le lien avec l'histoire de Mme L dont la famille aurait pu bénéficier de ce genre de structure.

5.3.1.3 Comment améliorer l'orientation des patientes ?

Les auteurs évoquent également les caractéristiques des patients comme frein à l'orientation des patients :

- Désorganisation de la demande d'aide
- Besoin de solutions rapides
- Ambivalence à changer
- Faible autocritique
- Anosognosie

Bouchard explique que le réseau de soin devrait idéalement répondre à la désorganisation de la demande d'aide de ces personnes en offrant des programmes de soin définis, organisés sur le long terme, cohérents avec la gravité du trouble de la personnalité (85).

Nous pensons que dans un premier temps, un référent est capital pour ces patientes et que ce doit être le médecin en qui elles ont confiance. Nous n'entendons pas référent quelqu'un qui doit toujours être disponible et répondre aux demandes de la patientes dans l'urgence. Il s'agit plutôt de quelqu'un qui met en lien les différents partenaires qui peuvent être sollicités par les patientes borderline dans l'urgence. Si nous regardons la littérature, c'est souvent le médecin généraliste qui est bien investi par les patientes borderlines.

Il va pouvoir construire avec les partenaires un maillage autour de la patiente et lui offrir un cadre de soin souple, mais contenant où la patiente se sente étayée et protégée. Ce cadre peut venir faire office de contenant psychique externe, ce qui nous semble capital pour pouvoir mettre en place des soins psychiques. Il est important que ce cadre soit perçu comme continué par la patiente et qu'elle ne perçoive pas de clivage entre les différents partenaires. Il nous semble donc que pour ces patientes, le travail des liens entre le réseau, la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et les médecins généralistes est capital pour permettre la mise en place d'un cadre contenant.

5.3.2 La prévention et le lien avec les médecins généralistes

Les généralistes ont réagi favorablement lorsque nous les avons appelé pour notre enquête. Ils se sont dit en difficulté pour adresser ces patientes vers les soins et ont mis en avant un besoin de référent et de réponse rapide lorsqu'ils souhaitaient adresser une patiente.

Un travail avec eux pour qu'ils puissent dépister le plus précocement possible ces patientes nous semble capital. C'est eux qui vont mettre du sens sur les soins psychiques pour la patiente et il est donc nécessaire qu'ils connaissent bien le réseau de soin et la façon dont il fonctionne. De fait, il nous semble important de leur transmettre les informations sur les différentes structures qu'ils peuvent interpeller pour adresser leurs patientes.

Comme nous l'avons dit précédemment, il nous semblerait capital que les médecins généralistes puissent participer à la mise en place du réseau autour des patientes car ce sont souvent eux qui sont les médecins les plus investis.

Les équipes de pédopsychiatrie de la maternité sont en lien avec les équipes de PMI mais peu souvent avec les médecins généralistes qui vont pourtant rencontrer les bébés et les mères à la sortie de la maternité lors des examens de santé obligatoires. De plus, peu de

médecins généralistes ont pu nommer l'équipe de pédopsychiatrie de la maternité comme partenaire, en effet ils envoient les patientes plutôt vers la psychiatrie adulte.

Il nous semblerait intéressant de les informer de l'existence de cette équipe afin qu'ils puissent en informer les patientes mais aussi d'évoquer avec eux l'importance de repérer et de d'accompagner les familles fragiles avec une problématique de carences et de violences vers les partenaires du réseau et les lieux de soin comme le CMPEA afin de pouvoir travailler leurs difficultés le plus précocement possible.

6 Conclusion

Les patientes souffrant du trouble de la personnalité borderline peuvent être en difficulté dans l'accès à la parentalité et la relation avec leur bébé. Elles se perçoivent comme moins compétentes que les autres mères. Ces difficultés d'ajustement dans la relation au bébé sont liées à leurs mécanismes de défense et aux représentations qu'elles ont d'elles-mêmes et des autres. Ces distorsions interactives peuvent augmenter le risque d'apparition de difficultés psychiques pour l'enfant au cours de son développement psycho-affectif.

Or, lors de notre pratique clinique, nous avons constaté que les mères souffrant d'un trouble de la personnalité borderline adhéraient peu au suivi avec les équipes de pédopsychiatrie.

L'accompagnement de ces patientes peut être complexe pour les soignants. En effet l'intensité des réactions émotives et contre-transférentielles déclenchées chez eux par ces patientes peuvent parfois être contre thérapeutiques.

Il nous a donc semblé important de donner la parole à ces patientes et de les interroger sur leur vécu des soins dans le post-partum. Ceci nous a permis de réfléchir à un accompagnement et à une organisation des soins les plus ajustés possible, afin de pacifier la rencontre de ces mères borderlines avec les soins psychiques.

Ce travail vient confirmer certaines données de la littérature notamment le besoin pour ces patientes de réassurance et de validation de la part des soignants. Une écoute bienveillante et sans jugement de leur vécu semble leur permettre de se sentir contenues par les soignants. D'autre part, les patientes que nous avons rencontrées ont eu beaucoup de difficultés à mettre du sens sur les différents espaces de soins. En effet, celles-ci pouvaient être dans des demandes « pressantes » de soins, accumulant les suivis mais différenciant peu les espaces et le rôle des différents intervenants.

L'analyse des dossiers des patientes borderlines, qui ont consulté sur la maternité durant notre période d'inclusion, nous montre que ces patientes sont dans des situations psychosociales extrêmement lourdes. Par ailleurs aucune d'entre elles n'étaient diagnostiquée avec un trouble de la personnalité et elles étaient rarement suivies par un professionnel du soin

psychique.

Il semble donc complexe de pacifier cette rencontre avec le pédopsychiatre sur la maternité car celui-ci a peu de temps pour rencontrer ces patientes qui sont souvent dans des situations extrêmement précaires. Son rôle est donc plutôt du côté de la protection de l'enfance.

La solution serait peut être de prévenir ces situations psychosociales très lourdes, en proposant une prise en charge plus spécifique pour les familles présentant une histoire de carences et de violences transgénérationnelles. Un travail sur leur histoire et leurs difficultés peut permettre d'éviter aux enfants lorsqu'ils deviennent eux-mêmes parents de répéter ces même schémas.

L'enquête auprès des médecins généralistes nous ouvre plusieurs perspectives. Ceux-ci nous ont répondu d'une part qu'ils rencontraient bien ces patientes, et d'autre part qu'ils souhaitaient avoir des liens avec les acteurs du soin psychique pour mieux adresser ces patientes vers les soins. Il nous semble donc intéressant d'envisager un travail avec eux pour les former au dépistage de ce trouble de la personnalité. De plus, il serait judicieux de les informer des différentes structures pouvant prendre en charge ces patientes car peu d'entre eux connaissent l'équipe de pédopsychiatrie de liaison sur la maternité.

Par ailleurs il me semble important de souligner l'importance du travail de maillage du réseau autour des mères borderlines afin de leur offrir un cadre de soin contenant. Nous pensons que les médecins généralistes ont une place centrale dans ce réseau car ils sont souvent leurs premiers interlocuteurs. En effet, ce sont eux qui vont mettre du sens sur les soins et accompagner ces patientes vers les différents partenaires du réseau.

7 Bibliographie

1. Bion W. Aux sources de l'expérience. PUF. 1962.
2. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, Antonia SN, Leweke F. Borderline personality disorder. Lancet. 2011;377:74–84.
3. Chabert C. Psychologie clinique et psychopathologie. Broché, editor. 2008.
4. Gênet MC. De l'interpersonnel à l'intrapsychique : étude longitudinale et comparative des dysfonctionnements interactifs, de l'attachement puis du devenir narratif et du fonctionnement psychique des enfants de mères présentant un trouble de la personnalité borderli. Paris Descartes; 2012.
5. Marcelli D. Les états limites en psychiatrie. PUF, editor. 1981.
6. Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. PUF, editor. 2012.
7. Chabert C, Brusset B, Brelet-Foulard F. Névroses et fonctionnements limites. Dunod. 2006.
8. Laugier F. Clinique et psychopathologie de groupe des états-limites. In: Manuel de psychiatrie clinique et de psychopathologie de l'adulte. 2012. p. 641_668.
9. Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Dunod, editor. 1996.
10. National Institute for Health and Clinical Excellence. Borderline personality disorder : treatment and management. 2009.
11. Estellon V. Les Etats Limites. PUF, editor. 2014.
12. Guelfi J. Etats limites. In: Encyclopédie Médico-chirurgicale. 1999.
13. Gorzegno C. Une lecture psychopathologique du trouble de la personnalité Borderline. Poitiers; 2012.
14. Ferenczi S. Le traumatisme. Payot. 2008.
15. Bergeret J. Psychologie Pathologique. Elsevier; 2012. 198-214 p.
16. Bergeret J. Les état-limite et leurs aménagements (Abrégé de psychologie pathologique). 1972. 200-217 p.
17. Widlöcher D. Les Etats Limites : discussion nosologique ou reflexion psychopathologique. Perspectives psychiatriques. 1979;7–11.
18. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Gallimard. 1958.
19. Winnicott DW. Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement. Payot. 1989.

20. Green A. La folie privée. *Psychanalyse des cas limites*. 1976. 103-140 p.
21. Crocq M-A. Les principes du DSM. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2014 Oct;172(8):653–8.
22. Guelfi JD. Les troubles de la personnalité dans le DSM-5. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2014 Oct;172(8):667–70.
23. Lieb K, Zanarini MC, Schmahl C, Linehan MM, Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2004 Jan;364(9432):453–61.
24. Coid J, Yang M, Tyrer P. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*. 2006;188:423–231.
25. Samuel J, Eaton W., Bienvenu O. Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*. 2002;180:536–42.
26. Zanarini M., Frankenburg F., Dubo E. Axis 1 comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*. 1998;155:1733–9.
27. Skodol A., Stout R., McGlashan T. Co-occurrence of mood and personality disorders : a report from the Collaborative Longitudinal Personality Disorder study. *Depression and Anxiety*. 1999;10:175–82.
28. Soloff P., Lynch K., Kelly T. Characteristics of suicide attempts of patient with major depressive episode and borderline personality disorder : a comparative study. *American Journal of psychiatry*. 2000;157:601–8.
29. Skodol A., Gunderson JG, Mc Glashan T. Functional impairment in patient with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159:276–83.
30. Kernberg O. Les troubles limites de la personnalité. DUNOD. 2004.
31. Guelfi J-D. DSM-IV-TR. Elsevier-Masson, editor. 2011.
32. Braconnier A. Introduction à la psychopathologie. Masson. 2006.
33. Laplanche J, Pontalis J. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, editor. 2007.
34. Segal H. Introduction à l’oeuvre de Mélanie Klein. PUF, editor. 2011.
35. Chabert C. Les fonctionnements limites : quelles limites? PUF, editor. 1999. 150 p.
36. Winnicott. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. “Collected papers” De la pédiatrie à la psychanalyse. 1951;
37. Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Payot, editor. 1992.
38. Stern D. Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale. PUF, editor. 1985.

39. Winnicott DW. Jeux et réalité. Gallimard, editor. 1971.
40. Bick E. The experience of the skin in the early object relation. *International Journal of Psychoanalysis*. 1968;49:484–6.
41. Anzieu.D. La fonction contenant de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir. Dunod, editor. 1993.
42. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and Borderline Personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Mar;23(1):103–22.
43. Main M. Attachment narratives and attachment across the lifespan. The American Psychoanalytic Association. 1997.
44. van IJzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*. 1995;117:387–403.
45. Paris J, Zweig-Frank H, Guzder H. The role of psychological risk factors in recovery from Borderline Personality disorder. *Comprehensive psychiatry*. 1993;
46. Shachnow J, Clarkin J, DiPalma C. Biparental psychopathology and borderline personality disorder. *Psychiatry*. 1997;60:171–81.
47. Gunderson J. The borderline patients's intolerance of aloness : Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*. 1996;153:752–8.
48. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the developement of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Mar;23(1):89–101.
49. Le Nestour A, Apter-Danon G, Heroux C, Mourgues B. Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*. Presses Universitaires de France; 2007 Feb 6;Vol. 50(1):125–77.
50. Green A. The central Phobic Position : a new formulation of the free Association Method. *International Journal of Psychoanalysis*. 2000;3:429–51.
51. Bouregba A. Les troubles de la parentalité. DUNOD. 2013.
52. Deutsch H. La psychologie des femmes : étude psychanalytique : Maternité. PUF, editor. 1945.
53. Ammaniti M, Candelori C, Pola M, Tambelli R. Maternité et grossesse. PUF, editor. 1999.
54. Benedek T. Psychobiological aspect of mothering. *American journal of Orthopsychiatry*. 1956;26:272–8.
55. Bibring G. Some considerations of the psychological process in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the child*. 1979;14.

56. Mahler M., Pine.F, Bergman A. La naissance psychologique de l'être humain : symbiose humaine et individuation. Payot, editor. 1975.
57. Dayan J, Andro G, Dugnat M, Thessier N, Milijkovitch R, Rosenblum O. Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité. Psychopathologie de la Périnatalité et de la Parentalité. Elsevier; 2015. 3-35 p.
58. Monique Bydlowski. La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité. PUF, editor. 2008.
59. Pines D. Adolescent pregnancy and motherhood : psychoanalytic perspective. *Psychoanalytic Inquiry*. 1988;8:234–51.
60. Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Le Centurion, editor. 1983.
61. Bibring G. A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the child*. 1961;16:9–23.
62. Apter M-CG. Les mères états-limites et leurs enfants : de l'étude longitudinale des interactions mère-bébé au fonctionnement psychique de l'enfant. *Le Carnet PSY*. Editions Cazaubon; 2012 Apr 13;n° 161(3):44–8.
63. Nestour L. Transmission brouillées en périnatalité (transmettre la vie, se dégager du passé). Séminaire. ERES, editor. 2009.
64. Newman L. Parenting and Borderline Personality Disorder: Ghosts in the Nursery. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2005 Jul 1;10(3):385–94.
65. Newman L, Stevenson C. Issues in infant--parent psychotherapy for mothers with borderline personality disorder. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2008 Oct;13(4):505–14.
66. Hobson R, Patrick M, Hobson JA, Crandell L, Bronfman E, Lyons-Ruth K. How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2009 Oct;195(4):325–30.
67. Crandell L, Patrick M, Hobson R. "Still-face" interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2003 Sep;183:239–47.
68. Apter-Danon G, Candilis D. A challenge for perinatal psychiatry : Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clinical Neuropsychiatry*. 2005;302–214.
69. Macfie J, Swan SA, Fitzpatrick KL, Watkins CD, Rivas EM. Mothers with borderline personality and their young children: Adult Attachment Interviews, mother-child interactions, and children's narrative representations. *Development and*

psychopathology. 2014 May;26(2):539–51.

70. Macfie J, Swan S. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Developmental Psychopathology*. 2009;21:993–1011.
71. Leifer M. Psychological effects of motherhood : a study of first pregnancy. Praeger; 1980. 291 p.
72. Raphael-Leff J. Facilitators and regulators : Two approaches to mothering. *British Journal of Medical Psychology*. 1983;56:379–90.
73. Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2007 Jul;41(7):598–605.
74. Cousineau P. Intervention auprès du patient limite : objectivité et subjectivité. *Santé mentale au Québec*. 1997;22(1):5.
75. American Psychiatric Association WG on BPD. Practice guideline for the treatment of patient with borderline personality disorder. 2011.
76. Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet*. 2011 Jan 1;377(9759):74–84.
77. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Publications Inc.; 1993.
78. Bouchard S. Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Santé mentale au Québec*. *Revue Santé mentale au Québec*; 2010;35(2):61.
79. Fallon P. Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2003 Aug;10(4):393–401.
80. Cailhol L, Bouchard S, Belkadi A, Benkirane G, Corduan G, Dupouy S, et al. Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2010 Jul;168(6):435–9.
81. Cailhol L, Damsa C, Bui E, Klein R, Adam E, Schmitt L, et al. La recherche d'un diagnostic de trouble de personnalité borderline chez les suicidants est-elle utile aux urgences ? *L'Encéphale*. 2008;34(1):23–30.
82. Deans C, Meocevic E. Attitudes of registered psychiatric nurses towards patients diagnosed with borderline personality disorder. *Contemporary nurse*. 21(1):43–9.
83. Crawford M, Rutter D, Price K. Learning the lessons : a multi-method evaluation of

- dedicated community-based services for people with personality disorder. National coordinating centre for NHS delivery and organization. 2007;
84. Cunningham K, Wolbert R, Lillie B. It's about me solving my problems : client's assessment of dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;172-7.
 85. Cailhol L, Ragonnet C. Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de la personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013;171:100-3.
 86. Haigh R. Services for people with personality disorder : the thoughts of service users. 2002;
 87. Cailhol L, Ragonnet C. Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2013 Mar;171(2):100-3.
 88. Langley GC. Trust as a foundation for the therapeutic intervention for patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12(12):23-32.
 89. Koekkoek B, van Meijel B, Schene A, Hutschemaekers G. Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community mental health journal*. Springer; 2009 Dec;45(6):508-16.
 90. Lawn S, McMahon J. Experiences of care by Australians with a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2015 Sep;22(7):510-21.
 91. Nehls N. Borderline personality disorder: gender stereotypes, stigma, and limited system of care. *Issues in mental health nursing*. 19(2):97-112.
 92. Nehls N. Borderline personality disorder: the voice of patients. *Research in nursing & health*. 1999 Aug;22(4):285-93.
 93. Circulaire n°DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.
 94. Alvarez L. Le rôle du pédopsychiatre en maternité. *Confrontations psychiatriques*. 2011;
 95. Fericelli F. Enjeux pédopsychiatriques anténataux en maternité : prévention et soins précoces. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2009 Jul;57(5):419-28.
 96. Sutter-Dallay A-L. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *Martin Média*; 2008 Aug 1;261(8):22-5.
 97. Van Ljzendoorn, Schuengel C, Bakermans-Kranembur M. Disorganized attachment in

early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and psychopathology*. 1999;11:225–49.

98. Macfie J, Swan S. Representations of the caregiver-child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have personality disorder. *Developmental Psychopathology*. 2009;21:993–1011.
99. Apter G, Georgieff N, Speranza M. Mère borderline et développement précoce de l'intersubjectivité : des interactions troublées. In : *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Elsevier-Masson, editor. 2013.

Annexes

Sommaire des annexes

Annexes.....	1
Annexe 1 : Tableau 22 Patientes de la Maternité	3
Annexe 2 : Questionnaire MSIBPD.....	5
Annexe 3 : Retranscription des entretiens	6
Cas clinique N°1.....	6
Cas clinique N°2.....	22
Cas clinique N°3.....	39
Annexe N°4 Formulaire d'information et de consentement	52

Annexe 1 : Tableau 22 Patientes de la Maternité

Index :

- 1** : Carences affectives dans l'enfance
- 2** : Placement d'un des enfants
- 3** : Âge maternel : Mineure ou jeune adulte
- 4** : Découverte tardive de la grossesse
- 5** : ATCD d'hospitalisation en psychiatrie
- 6** : Conjugopathie
- 7** : Toxicomanie ou alcool
- 8** : Incarcération
- 9** : IVG envisagé en début de grossesse
- 10** : ATCD de suivi en pédopsychiatrie
- 11** : ATCD placement dans l'enfance
- 12** : Grossesse suite à un viol
- 13** : Décompensation psychiatrique pendant la grossesse
- 14** : Accouchement sous X envisagé pendant la grossesse
- 15** : Isolement, précarité
- 16** : TS pendant la grossesse
- 17** : Information préoccupante prénatale de la PMI avec demande de placement à la naissance

- A** : Rupture de suivi brutal
- B** : Refus d'un suivi à la sortie de la maternité
- C** : Anosognosie
- D** : Information préoccupante
- E** : Alliance précaire
- F** : Accouchement sous X
- G** : Patiente incarcérée
- H** : Transfert dans un autre hôpital

- SF** : sage Femme
- PMI** : protection maternelle infantile
- SMPR** : Service de psychiatrie à l'intérieur de la prison
- UAMP** : Équipe de psychiatrie des urgences médicales
- IP** : Information préoccupante
- IPP** : Information préoccupante pré natale
- UMB** : Unité mère bébé
- HDJ** : hôpital de jour
- HC** : hospitalisation complète
- Pédopsy** : consultations ambulatoires par l'équipe de pédopsychiatrie

- Colonne décompensation : dans le pré et/ou le post partum

Mme	Maternité	Adressée par	Pourquoi	type de Décompensation pdt cette grossesse	Suivi en cours	Proposition	Si non pourquoi	Suivi dans le Post partum	Interactions/symptôme bébé
Mme P1	Poitiers	SF hospit Mat	1, 2	Non	Non	Non	D,C	Transfert, évaluation continue	discontinuité
Mme P2	Poitiers	SF consultation Mat	3,4	Non	Non	Non	A	Proposition suivi CMPEA : refus	Distorsions interactives
Mme P3	Poitiers	SF PMI	2, 5,11, 6	Non	Non	Non	A,D	Non	En retrait sur la maternité
Mme P4	Poitiers	SF HDJ Mat	4,11,2	Non	Non	Non	Non	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme P5	Poitiers	SMPR sollicite PMI soi	8, 7	Non	SMPR	Non	G	SMPR, PMI, IP post natal	symptôme sevrage, en retrait
Mme P6	Poitiers	SF PMI	1,9,3	Non	Non	Non	D,C	Pédopsy car accp par PRISM	Retrait, peut éveillé
Mme P7	Poitiers	SF PMI	10, 11	Non	Non	Non	B	Non	discontinuité des interactions
Mme P8	Poitiers	SF hospit Mat	1,15,5,7,12,9	Non	Non	Non	E,A	UMB proposé : refus a changé de	discontinuité des interactions
Mme P9	Poitiers	UMB qui a été sollicité	5, 13, 16	Syndrome dépressif/TS pré et post	Oui hospitalisations sur secteur	Non	A,D,C	psychiatrie adulte	placé à la naissance
Mme P10	Poitiers	SF PMI	2, 17	Non	Non	Non	A,E	Non	placé à la naissance
Mme P11	Poitiers	SF PMI	15,6	Oui EDM dans le post partum	Non	Non	D,B	UMB HDJ et TISF	discontinuité maternelle
Mme P12	Poitiers	SF Hospit Mat	11, 10	dans Post Partum/ labilité thymique/ hypomanie	Non	Non	E	UMB foyer avec cadre ASE	Pas éléments dans le dossier
Mme P13	Poitiers	SF Néonate	15, 2, 13	EDM	Non	Non	H	Transfert avec relais pédopsy	discontinuité
Mme P14	Poitiers	suivi SF et psy PMI ad	3,11,10,13,5, 6	A vu UAMP pdt hospit tbi comportement	Non	Non	D	refus de l UMB, AEMO après l'IP	Peu d'interaction avec le bébé
Mme C1	Chatelleraut	SF hospit Mat	14	Non	Non	Non	F	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme C2	Chatelleraut	Pédiatre PMI	15	Non	Non	Non	E	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme C3	Chatelleraut	SF consultation	13	Non	Suivi libéral bref pdt grossesse	Non	E	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme C4	Chatelleraut	SF hospit Mat	13	Episode dépressif majeur en Pré-Partum	Non	Non	E	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme C5	Chatelleraut	SF hospit Mat	15	Non	Non	Non	A	Non	Pas éléments dans le dossier
Mme P15	Poitiers	SF consu Mat	14, 13,15,10	Episode dépressif majeur	Non	Oui		UMBI HJ puis HC) et pédopsy	Hypervigilance, hyperadaptation
Mme P16	Poitiers	SFPMI	5,13,7,4	Alcoollisations aigues/anxiété	Suivi secteur et libéral	Oui		Secteur adulte et libéral, refus pa	Interaction bien ajustées
Mme P17	Poitiers	SF PMI	13, 4, 9	Dépression ancienne majoré par le deuil	Non	Oui		Suivi Pédopsy et TISF	Bébé en retrait, discontinuité

Annexe 2 : Questionnaire MSIBPD

Veillez répondre à chacune des questions ci-dessous par Oui ou Non, et reporter le chiffre correspondant à votre réponse dans la case de droite.

DURANT L'ANNEE DERNIERE...

		OUI	NON	
1.	Une de vos relations proches a-t-elle été perturbée par beaucoup de disputes, ou de ruptures à répétition ?	1	0	C1½__½
2.	Vous vous êtes délibérément blessé(e) physiquement (par ex. vous êtes-vous cogné(e), coupé(e) ou brûlé(e) vous même) ?	1	0	C2½__½
	Et avez-vous fait une tentative de suicide ?			
3.	Avez-vous eu au moins deux problèmes liés à l'impulsivité ? (par ex. crises de boulimie et dépenses excessives, excès d'alcool et explosions verbales ?).	1	0	C3½__½
4.	Vous êtes-vous senti(e) d'humeur extrêmement changeante ?	1	0	C4½__½
5.	Vous êtes-vous senti(e) très souvent en colère ? Et avez-vous souvent agi de façon coléreuse, sarcastique ou moqueuse ?	1	0	C5½__½
6.	Avez-vous souvent été méfiant(e) vis-à-vis des autres ?	1	0	C6½__½
7.	Vous êtes-vous souvent senti(e) irréel(le), ou comme si les choses autour de vous n'étaient pas réelles ?	1	0	C7½__½
8.	Vous êtes-vous senti(e) vide de façon chronique ?	1	0	C8½__½
9.	Vous êtes-vous souvent senti(e) comme si vous n'aviez aucune idée de qui vous êtes, ou comme si vous n'aviez pas d'identité propre ?	1	0	C9½__½
10.	Avez-vous fait des efforts désespérés pour éviter de vous sentir abandonné(e) ou d'être abandonné(e) (par ex. : avez-vous appelé plusieurs fois quelqu'un pour vous rassurer au sujet de l'attention qu'il (elle) vous portait, avez-vous supplié quelqu'un de ne pas vous quitter, vous êtes-vous accroché(e) physiquement à quelqu'un) ?	1	0	C10½__½

© Mary C. Zanarini (2001). Traduction française : A. Pham-Scottez, J.-D. Guelfi (2006).

Annexe 3 : Retranscription des entretiens

Cas clinique N°1

Mme R (P 16)

Premier entretien

Question sur le désir d'enfant, l'arrivée d'Armand :

Mme R : Pas programmé du tout. Moi je prenais la pilule mais bon euh..... A cette époque là j'avais pas mal de vomissements quoi...Je sais pas si c'était dû à un médicament ou quoi... et puis en plus avec les alcoolisations j'oubliais. Voilà. Et puis en fait les règles n'étaient pas tout à fait régulière donc ça ne m'a pas vraiment inquiétée.....

Quand vous êtes vous aperçue que vous étiez enceinte ?

Mme R : Ben j'ai commencé à avoir des douleurs à la poitrine donc j'ai commencé à me dire ça ça doit être.....ça.

Ca vous a rappelé votre première grossesse ?

Mme R : Voilà ... du coup j'ai fait un test de grossesse, qui s'est avéré positif...

Et vous étiez à combien à peu près de semaines ?

Mme R : Il n'y avait plus qu'une semaine avant l'avortement. Euh...Je dis ça parce que en fait.... Laurent était très content, moi aussi j'étais contente mais... Enfin j'étais contente mais je savais pas trop... mais la semaine qui a suivi je me suis alcoolisé et comme en général quand je m'alcoolise une fois je suis rehospitalisé tout de suite ... Donc euh ... du coup je me suis retrouvé....Je sais plus si c'est à ce moment là ou quoi... mais enfin du coup... parce qu'en fait c'était pas la semaine d'après mais deux ou trois semaines après... donc c'est pas à ce moment là que j'étais à une semaine de l'avortement c'est quand j'ai été rehospitalisée. Parce que du coup, il y avait l'interne qui était là mais il n'y avait pas Mr Serra donc je n'ai pas osé lui dire que j'étais enceinte. Je me suis dit je vais attendre le retour de Mr Serra.

Pourquoi vous n'avez pas osé lui dire?

Mme R: Parce que je n'étais pas trop suivie par les internes, enfin sauf au tout début.. C'était quand même quelque-chose... J'avais peur de le dire à lui aussi même à Mr Serra, j'avais quand même peur...

Vous imaginiez qu'il réagirait comment ?

Mme R : Ben qu'il allait s'affoler.. D'ailleurs à ce moment là quand j'ai été hospitalisée, du coup je me suis retrouvée à Euterpe en Unité fermée et le Dr Davignon à cette époque a demandé à mon mari de lui signer un papier pour l'hospitalisation à la demande d'un tiers. Après j'ai réintégré l'étage, Mr Serra était là. Et puis en effet quand ils ont appris tous que j'étais enceinte ça a été assez.. le bouleversement un peu... que ce soit l'équipe soignante ou même voilà...

Vous dites Bouleversement... Vous avez ressenti une réaction négative en face de vous ?

Mme R: Du stress, de la peur...affolement général....et surtout ils m'ont informée des risques... machin... Ils m'ont donné des document sur la malformation... liée à l'alcool... Mr Serra m'a dit : « il vous reste une semaine pour avorter si vous voulez, qu'est-ce que vous voulez faire ? » Mon conjoint ne voulait absolument pas que j'avorte.. Il voulait absolument que je le garde et il voulait que le Dr Serra arrête l'ESPERAL. Euh... donc euh...

Dr Davignon m'avait donné du LAMICTAL parce qu'il y avait plus d'études dessus...

Mr Serra a beaucoup réfléchi, qu'est-ce qu'il y a de pire : « que je prenne l'ESPERAL ou que je boive ? ».c'était pas facile de prendre une décision... Du coup je sais pas comment il a pris sa décision mais on a arrêté l'ESPERAL et l'anti dépresseur... il restait plus que le LAMICTAL.

Et vous, qu'est ce que vous en pensiez ? Est ce que vous avez eu l'impression de participer à la décision ?

Mme R: Moi je savais pas... moi j'étais prête à continuer l'ESPERAL mais c'est vrai que ça présentait un risque. Après moi ça me dérangeait pas d'avoir un deuxième enfant mais je me sentais pas prête au niveau psychologique vis à vis de mon addiction.. J'avais peur... Parce

que moi... je comprends de plus en plus comment je fonctionne... et moi j'avais peur de boire... et tout ça... Et comme j'ai toujours eu un fort sentiment de culpabilité, je me suis dit ça va pas m'arranger tout ça... En plus j'avais bu avant sans savoir que j'étais enceinte... euh... voilà j'avais peur quoi...

En plus j'avais honte de leur dire que j'étais enceinte ici... Ils me connaissent bien... ils savent que je suis capable de... je bois vite et des alcools forts. C'est des situations à risque... Je me met en danger quoi... Ca a été plus ou moins bien perçu... Mais bon...

C'était important pour vous ce que l'équipe pensait de vous, de la situation ?

Mme R : Je savais les risques, j'allais voir ma gynéco qui me disait que là tout allait bien... et elle m'a envoyé voir la gynécologue du CHU qui pouvait détecter si il y avait un syndrome d'alcoolisation fœtale.

C'est surtout elle qui a été rassurante et qui m'a encouragée jusqu'au bout... C'est elle qui m'a dit : « quand il va naître ce petit, ce sera pas la peine de le comparer par rapport au premier. Si il est pas au même niveau au même âge c'est pas grave. Il faut pas culpabiliser.... ».

Vous auriez souhaité qu'on vous rassure plus ?

Mme R : Oui... Quand ma famille l'a appris ils étaient très content parce qu'ils pensaient que ça allait m'aider à arrêter de boire... Sauf que c'est pas si simple... et puis moi évidemment plus jeune dès que je voyais une femme boire ou fumer j'étais choquée... et évidemment qu'est ce que je fais... je buvais et je fumais... et... je suis restée assez longtemps ici... mais en fait comme j'étais enceinte, j'étais... chouchoutée on va dire...

Vous aviez une position différente ?

Mme R : C'était agréable mais avec les autres patients... plus dur... Ils comprenaient pas qu'on puisse boire alors qu'on est enceinte... surtout les hommes d'ailleurs (rires)...

Vous avez eu des réflexions ?

Mme R : Oui oui un peu... Au 7 ième mois je crois... je devais partir en vacances... et certains infirmiers me disaient : « il faut être raisonnable Mme Righi, rappelez vous vos

dernières vacances » .J'avais été rapatriée ici (rires)...euh....je dis oui mais si ça c'était l'année dernière nanani nanana ... si on se base sur le passé on avance jamais...

Et ..il y avait vraiment des infirmiers qui étaient pour et d'autres contre. Et ils me le disaient... Ils étaient jamais tous d'accords sur mon cas. Il y en a qui croient en moi et d'autres pas... l'important c'est ce que je pense moi... mais je sais pas toujours... Mr Serra a réfléchi...et il m'a laissé partir... et après j'ai pas bu une goutte et j'ai tenu jusqu'à l'accouchement.

Le fait qu'on vous fasse confiance, ça vous a porté ?

Mme R : Franchement avant qu'il arrive... parce que je leur en ai fait voir ici quand même... j'en ai fait beaucoup... Je marche pas trop aux punitions et aux carottes... Si t'as fait une bêtise soit « Euterpe, en pyjama, pas de permission, viré... ». Le Dr Serra il essaie de comprendre ce qu'il s'est passé et ça me permet moi d'avancer. D'ailleurs quand j'étais enceinte le Dr Davignon a dit : « on a plus le temps de prendre le temps » Donc là... Ils se sont tous un peu plus boostés aussi, il m'a fait rencontré l'infirmière TCC en libéral. Maintenant je fais avec elle affirmation de soi, estime de soi en individuel et thérapie familiale.

Pendant la grossesse vous la voyez à quelle fréquence ?

Mme R : Tous les 15 jours ou toutes les semaines ça dépendait... ah et on avait une enquête sur le dos... pour le premier déjà...

Une enquête sociale ?

Mme R : Qui a été déclenchée par la PMI un 24 Décembre... On a reçu le courrier le 24 Décembre... Le juge c'était en Juin 2015 donc Décembre 2014...J'ai dû leur dire que j'étais enceinte... la psychologue de l'UEMO a pensé qu'elle pensait que c'était bien parce que elle pensait que ça allait...que c'était positif dans notre histoire de couple... le problème c'est que pour le premier... j'ai été tellement hospitalisée en 3 ans que j'ai loupé plein de moments... voilà,

J'ai été là jusqu'aux 17 mois d'Armand [elle se trompe de prénom] puis après sans arrêt hospitalisée...

Pour Armand j'avais peur....

Depuis que ma mère est décédée (je sais pas si il faut le dire...) je pratique le pendule...

C'est à dire ?:

Mme R : pour répondre à mes questions... quand j'arrive pas à prendre une décision j'utilise le pendule et j'ai l'impression de pouvoir communiquer avec elle. J'ai demandé au début de ma grossesse si Armand irait bien et le pendule a répondu que oui. On pouvait savoir vu que ça dépend à quel moment les alcoolisations ont eu lieu au niveau du développement cellulaire etc...

Il y avait une patiente hospitalisée avec moi qui a dû avoir deux IMG vers 7 mois de grossesse parce que ses enfants avaient ce syndrome là. Elle m'a montré les photos ils étaient malformés. Elle s'en voulait beaucoup parce que le premier ne lui avait pas servi de leçon pour le deuxième... A l'époque elle m'avait fait un bracelet et je l'ai toujours. (toux). Je pensais que ce bracelet me rappellerait les risques mais j'ai eu une autre alcoolisation par la suite... Mais elle ne consommait pas comme moi, elle buvait tous les jours... moi c'est rien et beaucoup d'un coup. Tout le monde avait peur... Mon père faisait des prières alors qu'il était pas croyant... (rire). Surtout qu'il a toujours eu peur la trouille d'avoir un enfant attardé... Donc euh... déjà Martial quand j'ai eu du sucre dans le sang (mais j'ai pas fait de diabète après), il m'a dit d'avorter sinon il allait être handicapé.

Et le père du bébé ?

Mme R : Mon conjoint était optimiste, la seule chose qui l'inquiétait c'était comment allait réagir Martial. Quand j'ai accouché un infirmier a couru vers moi et m'a tapé dans la main, il était vraiment content. Pour eux c'était une réussite que Armand n'ait rien de visible à la naissance. Il était content et fier de moi. C'est un peu grâce à eux, ils m'ont laissé partir en vacance, ils m'ont fait confiance.

Vous vous rappelez comment à débuté le suivi sur la maternité avec le Dr Changeur ?

Mme R : C'est Mme Simon de la PMI, la SF. Elle était très inquiète vu que c'est la PMI qui a fait le signalement tout ça... et quand elle m'a rencontré elle était soulagée après. Une fois qu'on a eu notre entretien... Elle m'a dit qu'elle voulait que je vois un pédopsychiatre mais moi je ne voulais pas trop... j'en ai parlé avec la SF de la maternité du CHU qui m'a dit qu'elle était très gentille donc je me suis dit je vais essayer. Le Dr Serra quand je lui en ai parlé il m'a dit

d'y aller aussi.

Il ne vous avait pas parlé de l'équipe de pédopsychiatrie avant ?

Mme R : Non. Donc j'y suis allé.

Comment elle vous a expliqué le suivi Mme Simon ?

Mme R : Elle m'a rien expliqué. Elle voulait se rassurer je pense. C'était « une surveillance » de plus.

Je pense qu'elle voulait savoir si je faisais exprès de faire du mal à mon bébé dans mon ventre.

Exprès ?

Mme R : Mais oui, on me l'a dit. C'est psychiatre d'Euterpe. Il m'a dit que je voulais tuer mon bébé... Mais lui c'est un provocateur, c'est pour me faire réagir... Pour me faire un électrochoc...

C'est incroyable qu'il soit né à terme... J'ai quand même fumé toute ma grossesse euh.. J'ai eu du stress... des alcoolisations... je suis arrivé aux urgences... C'est incroyable... C'est qu'il devait être là.

Au moment où on vous propose ce suivi avec le pédopsychiatre, pour vous c'est plus une surveillance qu'une aide ?

Mme R : Oui, il y a une patiente qui était hospitalisée avec moi qui était enceinte... Elle avait des soucis... je sais pas si elle était psychotique... Elle se fait du mal...

Elle aussi elle était suivie par la PMI et Mme Changeur, Elle s'est fait retirer son bébé à la naissance, elle a le droit de le voir mais bon...

Et une autre patiente enceinte qui m'a fait une morale d'enfer quand j'étais enceinte et que j'avais bu... et ben elle a avalé de l'eau de javel pendant sa grossesse... Comme quoi elle a pas fait mieux... Elle a accouché au 7ème mois, elle s'est retrouvé en chambre d'isolement à Euterpe elle s'est fait retiré son bébé aussi. Vous voyez...

Quand j'étais en consultation on me posait des questions sur Armand, son arrivée... J'avais l'impression de passer un test. Je voyais dans ses yeux que j'étais une mauvaise mère.

Que pensiez vous de tout ça alors ? Vous pensiez qu'on allait placer Armand ?

Mme R: Je pense qu'ils oublient qu'il y a le papa. Tous les gens ont constaté que Martial allait très bien... son papa est là. Lui il est devenu parano par rapport à tout ça. Il a l'impression que tout le monde pense que c'est un mauvais père. Si vous aviez vu ce qu'a écrit la PMI... Il y avait beaucoup de faux.

En plus il y avait un signalement des urgences qui disait que notre logement était insalubre... La police des mineurs est venue à la maison. Ils ont pris des photos, ils ont constaté que c'était pas vrai. Vous savez la PMI, ils savent nous faire parler, critiquer le conjoint mais après ce qu'on sait pas c'est qu'ils notent tout. Mme machin à dit... son conjoint n'allait pas chercher le courrier..

On ne va plus voir le médecin mais on accepte juste la puéricultrice, elle est gentille...

C'est moi qui avait contacté la PMI bien avant mes problèmes d'alcool, je voulais des conseils pour mon premier enfant. De voir après sur le rapport le signalement qui date de bien avant mes problèmes d'alcool... de voir que le papa met plus de 5 minutes à remettre le gilet à Martial... et alors ? Quand on est observé... c'est plus dur...

Et attendez quand j'étais hospitalisée ici avant la grossesse d'Armand j'étais dans une chambre avec une fille qui avait eu des jumeaux... qui était suivie par la PMI à sa demande. Son petit garçon prenait moins de poids que sa fille et ils pensaient qu'elle le nourrissait moins. Ils lui ont fait parler des conflits avec son conjoint, hop signalement retirés 6 mois. Elle a fait une dépression c'est pour cela qu'elle était là. Au bout de 6 mois, ils ont vu que le garçon continuait à prendre moins de poids et que ce n'était pas sa faute. Ils lui ont rendu. Pour vous dire on les haïssait déjà la PMI.

Vous avez associé les consultations de pédopsychiatrie à la PMI et à la protection de l'enfance ?

Mme R : C'est ça, elles étaient pour la protection de l'enfant mais pas pour moi. Tous les entretiens pendant ma grossesse c'était pesant... Même avec Laurent mon conjoint. Je me sentais jugée. On m'a gardé 5 jours pour voir si le lien était là avec le bébé. On m'a même dit que c'était la pédopsychiatre qui m'autoriserait à sortir de la maternité en fonction de ce qu'elle observerait. En plus quand j'étais en salle d'accouchement Laurent a ouvert le dossier... parce qu'elle était pas toujours là la dame... Il y avait marqué attention, à surveiller...Je sais

plus le mot exact mais c'était fort... Comme si j'étais quelqu'un de dangereux. Et ce qui est bizarre, quelques heures plus tard pendant l'accouchement ça a été barré... Peut être qu'ils pensaient que j'allais venir alcoolisée... Et vous savez quoi pendant que j'accouchais une Sage femme se met à me dire... parce que au début il se présentait la tête penchée... il y en a une qui me dit « je vais mettre ma main et je vais le tourner. C'est comme un tire-bouchon, vous connaissez le tire bouchon vous ». Et quand j'ai accouché elle m'a dit « tapez moi dans la main promettez moi que vous boirez plus ». Pendant tout le séjour il fallait que je prouve que j'étais une bonne mère. J'étais surveillée, est ce qu'elle fait bien ci est ce qu'elle fait bien ça... Ce qu'ils ont pas compris c'est que c'est pas parce que je me suis alcoolisée pendant ma grossesse que c'était pour faire du mal au bébé. Ça faisait partie de ma maladie chronique avant et que ça n'a rien avoir avec le lien. Si j'avais pu ne pas boire à ce moment là je ne l'aurais pas fait. Je suis pas idiote je suis sensée.

C'était une grossesse difficile d'une part à cause du stress que vous ressentiez avec l'enquête sociale, votre maladie et votre place de mère auprès de Martial qui était compliquée et tout allait changer à l'arrivée d'Armand ?

Mme R : C est vrai pendant les 5 jours à la maternité je culpabilisais de ne pas être avec Martial. J'étais redevenu très proche de Martial vu que je ne m'alcoolisais plus donc j'avais peur de sa réaction. D'ailleurs quand je suis rentrée de la maternité et que Armand pleurait il disait : « ton petit chéri il pleure ». mais récemment je l'ai entendu du dire à Armand : « tu sais Armand elle est trop belle la vie ». Quand j'ai entendu ça je me suis dit c'est une leçon. Croire qu'à cause de moi il doit se sentir abandonné tati tata....C'est vrai qu'on a eu une pression supplémentaire parce que la mesure pour Martial elle est aussi pour Armand. Donc la trouille aussi de se faire retirer l'enfant. Laurent voyait la pédopsychiatre comme un agent secret travaillant pour la PMI.

Pouvez vous me dire quelle aide on aurait pu vous apporter et de qu'elle façon ? J'entends votre colère vis à vis de la PMI mais j'entends aussi la culpabilité que vous ressentiez pour Martial et Armand. Un accompagnement mère/enfant aurait pu vous aider il me semble.

Mme R : Quand la Pédopsychiatre m'a proposé l'UMB, j'ai été très en colère. Je connais une qui y a été et a qui ça a fait beaucoup de bien : Ma belle sœur. Mais moi jusqu'à ce que Martial

ait 17 mois, avant que je ne m'alcoolise, je n'avais de problème ni pour le lien ni pour les gestes de puériculture. Toutes mes questions qui me stressaient je les avais demandées à la PMI : combien de biberons tout ça.

Bon j'étais triste mais j'étais en deuil, ma mère est décédée pendant la grossesse de mon premier. C'est sur j'étais pas au meilleur de ma forme. Mais l'unité mère bébé c'était hors de question, surtout qu'elle me parlait d'hospitalisation. C'était hors de question de laisser Martial. Surtout qu'elle en a parlé au premier entretien sans même me connaître. Tac tac la case psychiatrie à UMB. Mr Serra m'a dit si on vous le propose il faut y aller vu qu'il y a une mesure...Mais bon après c'était bon elle m'en a plus parlé, même après l'accouchement.

Mais après il fallait que je vienne en entretien avec Armand. Le premier je suis venu sans parce que Laurent voulait pas le rencontrer. Et puis la deuxième fois je suis venue avec Armand et j'y suis plus retourné.

Comment auriez vous souhaitez qu'on vous aide ?

Mme R : J'avais besoin qu'on me rassure. La gynéco c'était bien, Mme Brun et Mr Serra aussi. Je sais bien que quelqu'un qui boit pendant la grossesse ça inquiète. Je comprend mais... ça fait mal... Ben ouais entre l'enquête, le machin, le truc... La PMI ils ont balisé, ils nous ont fait les yeux doux. Oui la mère est fragile mais il y a des tas de gens que la PMI connaît pas et qui font des trucs atroces. Moi je suis venue les voir, je suis pas violente, je tape pas mes enfants.

Vous ne mettiez pas de sens sur le suivi à la maternité ?

Mme R : Le temps de la maternité c'était que du test et de la surveillance. C'était pas une aide. Et puis j'ai eu une leçon de morale de la part d'une infirmière, ils m'en ont mis plein la tête : « c'est une honte, vous pouvez pas élever un enfant ».

J'ai l'impression que vous aviez la crainte du jugement des soignants et donc c'était difficile d'accepter de l'aide ?

Mme R : Oui mais malgré le fait que ce soit des soignants il y aussi leurs principes personnels et ça prend le dessus sur le professionnalisme. Surtout une femme, surtout une mère surtout une femme enceinte.

Normalement c'est le bonheur absolu, j'ai entendu « elle a tout pour être heureuse et elle est

pas dans le soin ». Heureusement que le Dr Serra n'est pas comme ça.

Est ce que durant les entretiens avec le Dr Serra vous discutiez du fait de devenir à nouveau mère, de comment accueillir Armand en continuant à construire le lien avec Martial ?

Mme R : Ben plus avec le Dr Changeur. Avec le Dr Serra on parlait de ma peur que le bébé ait quelque chose. Parce que une fois j'étais tellement angoissée que je me suis realcoolisé...vous voyez l'aberration...,

D'ailleurs quand Armand est né il avait une spina bifida. J'ai pas pu m'empêcher de penser : « est ce qu'il aurait été différent si j'avais pas bu ». Pour l'instant tout va bien mais c'est pas possible que tout aille bien avec tout ce que j'ai bu. C'est l'épée de Damoclès à chaque fois qu'on va chez le médecin.

Il est très éveillé, il sourit beaucoup. La puéricultrice me dit que je suis une bonne mère. J'ai besoin qu'on me rassure, qu'on me dise que je sois capable. Pas forcément d'une pédopsychiatre...

Le suivi avec le pédopsychiatre sur la maternité permet aussi ce travail là d'être accompagné, d'être rassuré.

Mme R : Pour Martial on m'a pas proposé alors que j'étais dépressive, là j'aurais eu besoin... Mais je buvais pas donc on m'a pas proposé.

L'équipe de Pédopsychiatrie rencontre beaucoup de mères sur la maternité, pas seulement celle qui boivent de l'alcool. C'est un accompagnement à la parentalité pour les mères qui ont une grossesse compliquée par des pertes, des deuils, qui sont isolées ou qui effectivement sont suivies en psychiatrie. Parce qu'on sait que ce n'est pas le bonheur total comme vous dites.

Mme R : Ma sage femme m'en avait pas parlé...Mais je pense que j'aurais accepté à l'époque si on me l'avait proposé... Parce que perdre sa mère quand on attend son premier enfant... C'est pas un passage facile. Tout ça me faisait des responsabilités, je (parle vite, voix aiguë)... il y avait personne au dessus de moi. Et je risquais peut être de mourir et que... un jour... bientôt... jusqu'à ce qu'il soit majeur... Bref les angoisses en même temps que le deuil... Il y

avait plein de trucs le décès du chien un mois après la naissance, les changements au travail... Mon père qui est parti avec l'aide soignante de ma mère... Il nous a fait chier toute nos vies pour qu'on soit minces et il détestait les noirs. Et il est parti avec elle... elle est obèse, noire et alcoolique. D'ailleurs c'est bizarre qu'elle soit alcoolique parce que moi après j'ai bu... On verra ça avec le Dr Serra... Elle fréquente beaucoup la psychiatrie...

Avec Armand j'ai eu aucun mal à me mettre dans la vie de maman. A part le père qui traînait à monter le lit... il repousse beaucoup au lendemain....

Dans le post partum on vous a proposé des consultation ?

Mme R : On m'a rien proposé pour Martial... Moi j'étais stigmatisée à problème on me le propose là alors que j'aurais eu besoin pour Martial et je me serais pas sentie dans le jugement parce que je n'avais pas commis de faute pendant la grossesse.

Donc vous ne pouviez pas accepter notre aide puisqu'on vous l'a proposée parce que vous aviez fait quelque chose de mal ?

Mme R : Oui j'avais honte. Quand j'allais voir la Pédiopsychiatre j'avais honte de moi.

Es ce que vous pensez qu'on aurait pu faire quelque chose pour vous aider, pour que vous ne ressentiez pas la honte ?

Mme R:C'était les questions qu'on me posait sur Armand, sur ce que je pouvais faire qui m'inquiétaient...

Moi je pense que mon suivi avec le Dr Serra et l'infirmière suffisait. M'envoyer là bas c'est me dire qu'ils étaient inquiet, que j'étais une mauvaise mère, qu'on allait placer mon enfant comme les autres patientes.

Si c'est le Dr Serra qui vous l'avez proposé, es ce que vous l'auriez perçu différemment ?

Mme R : Oui parce qu'il m'aurait expliqué pourquoi il pensait que j'en avais besoin... On en aurait discuté...

Du coup ça m'aurait permis de mieux comprendre le suivi je pense.

Par exemple les TISF, j'ai eu beaucoup de mal à accepter qu'elle rentre chez moi pour surveiller... Pour moi elles viennent vérifier que j'ai pas bu. Sauf que quand j'ai pas bu j'ai pas besoin d'aide, je sais m'occuper d'Armand... Bref il m'explique pourquoi il pense que c'est une aide et du coup j'accepte. Mon conjoint c'est pareil...

Pour la thérapie familiale on avance bien, il nous manque quelques petites clés au niveau éducatif selon l'infirmière. Elle lui donne des billes pour savoir s'affirmer.

Elle m'a dit que j'étais cerveau droit. C'est des gens qui sont surefficient mental mais qui ont pas du tout confiance en eux. Et ils sont un peu compulsifs, pour eux c'est tout ou rien. Je me reconnais bien là dedans. Elle a vu Martial elle pense qu'il est surdoué. Il y a que 2% de neuro droitiers.

Elle suit Laurent aussi maintenant. Les monopenseurs pensent pas du tout comme nous et on se comprend pas. J'aime qu'elle donne des conseils très pratiques. On doute souvent de ce qu'on fait, elle ne juge pas c'est ça le plus important.

Sur la maternité avec l'équipe de Pédopsychiatre vous attendiez des choses plus pratique ?

Mme R : Oui et de la revalorisation,

Si on m'avait dit : « c'est pas parce que vous avez bu que vous allez pas aimer votre enfant »
« C'est pas parce que vous avez eu des problèmes avec l'alcool que vous êtes une mauvaise mère » « vous en êtes capable ». « Si vous voulez je peux vous aider à vous montrer que vous êtes capable ». Si on m'avait déculpabilisé d'avoir bu...

Dans le regard de l'infirmière, j'ai pas vu de jugement dans son regard. « Vous avez bu, et alors ? Maintenant on va vous accompagner pour éviter que ça recommence pendant la grossesse. »

Après avec la mesure : « vous allez accepter qu'ils viennent et avec le temps on va leur prouver que vous en avez pas besoin » Parce qu'elle, elle en est persuadée que je peux y arriver.

Laurent il me dit que je parle trop, que je suis trop dans la révélation de soi. Il s'inquiète de ce que je dis aux TISF. Par exemple on a beaucoup de crédit à la consommation... On devrait faire un dossier de surendettement, mais il veut pas parce que l'AS de secteur travaille avec la PMI et il a peur que ce soit un argument de plus pour nous retirer les enfants.

Deuxième entretien :

Quel a été votre ressenti quand on vous a proposé le suivi dans le Post-partum ?

Mme R : J'avais pas trop le choix... Je voulais pas entendre parler de l'UMB... du coup j'ai eu des consultations au CMPEA. Je connaissais le concept mais j'estimais que j'en avais pas besoin. Il y avait un bon lien. Mon dossier aurait suivi avec les problèmes d'alcool, j'aurais toujours été dans la même case avec ma honte. En tout cas je l'aurais perçu, interprété. J'étais à risque en gros...

Le suivi aurait pu permettre de vous permettre de plus être dans la grossesse, pas d'aborder les problèmes d'alcool car vous avez le suivi avec le Dr Serra.

Mme R : Oui la Sage femme du CHU elle me parlait que de la grossesse pas de l'alcool. J'avais pas l'impression d'être devant un gendarme. Mais pendant les entretiens avec la pédopsychiatre je répondais aux questions mais je savais pas que je pouvais parler de mes inquiétudes ou de ne pas y répondre. Certaines questions j'aurais pas souhaité qu'elle me les pose. J'aurais dû lui dire mais c'était difficile... du coup je disais la vérité, je peux pas m'en empêcher mais c'était douloureux pour moi. De toute façon tous le monde s'emmêle les pinceaux dans cette histoire : la puéricultrice qui me demande mon traitement quand elle vient chez moi... alors que c'est pas son problème. C'est comme les TISF qui font les gendarmes : a bu , a pas bu. Et puis elles me donnent des conseils aberrants, elles se contredisent... Que des réflexions raz les pâquerettes... Moi j'avais besoin de conseils plus éducatifs, comme la puériculture, faire un gâteau avec Martial je sais faire. Des personnes qui me disent si c'est normal que je pense comme ça comme ci...

J'entends que vous souhaitez plus qu'on réfléchisse avec vous plutôt qu'on vous impose les choses ?

Mme R : Oui c'est ça, ça me permet d'avancer. C'est que je devais m'ajuster à la TISF et ce qu'elle a prévu et pas l'inverse. Elles me demandaient de poser Armand alors que je sentais qu'il avait encore besoin d'être dans les bras... Si ils voulaient vraiment nous aider l'ASE ils nous paieraient la thérapie avec l'infirmière TCC plutôt que la TISF.

Comment vous avez vécu sur la maternité ?

Mme R : Elles venaient tout le temps dans ma chambre, j'ai vu la différence...Alors que pour martial c'était le contraire j'aurais aimé qu'ils soient plus présent.

J'étais inquiète avec Laurent qui montait pas le lit. J'ai dû louer un berceau à la pharmacie. Il était pas prêt j'ai l'impression.

Aviez vous des attentes particulières concernant les consultations Post-partum ?

Mme R : Je voulais parler de Martial et du lien avec moi mais la pédopsychiatre voulait parler que d'Armand.

Ou alors... mais je lui en parlais un peu au début parce que Martial faisait une petite régression.

Et puis après ils se sont adorés... Mais ce qui l'intéressait le pédopsychiatre c'était Armand alors que moi j'avais des questions par rapport à moi et Martial.

Parce que comme j'étais beaucoup absente, c'était surtout : « Papa, papa, papa »

Ouais comment ne pas culpabiliser, savoir ce que martial peut ressentir... je me disais qu'il se sentait abandonné... le Dr Serra il me dit que c'est moi qui ressent ça pas lui....Oui c'est surtout qu'elle m'aide sur ma culpabilité. Et puis peut être qu'elle nous voit aussi tous ensemble avec Martial avec Laurent... Ça nous aide bien la thérapie familiale.

En fait c'est la revalorisation qui est importante et pas de jugement...

Quelqu'un de bienveillant et qui croit que je suis capable pour que je puisse le croire aussi...

Mes peurs, mon sentiment de culpabilité, mes doutes je les ai exprimés à l'infirmière TCC... peut être si je l'avais pas eu, j'aurais pu peut être plus mettre de sens au soin avec le pédopsychiatre...

Mais le fait que ce soit la PMI qui m'adresse vers la pédopsychiatre j'étais bloqué...

J'avais l'impression de passer un entretien d'embauche à chaque fois. J'avais l'impression que si j'avais besoin de la pédopsychiatre c'est que j'étais potentiellement dangereuse pour mon enfant.

Parlez moi d'Armand, comment va t il ?

Mme R : C'est un bébé qui sourit, qui rigole, qui est plutôt calme... Martial était plus nerveux

et il avait des coliques jusqu'à 6 mois... Mais Armand non, il va bien. Martial avait des bronchiolites à répétition, Armand il a fait que des rhumes. On a du aller aux urgences pour Armand parce qu'il avait moins de 3 mois. On a eu peur, il y a eu la radio des poumons, la perfusion, prise de sang. Il avait de la fièvre. En fait c'était un virus...

En fait c'est ça, les enfants ça apporte beaucoup d'angoisse. On a peur qu'il leur arrive quelque chose, qu'il nous arrive quelque chose et qu'il soit seul... Maintenant on a peur qu'il soit placé...

J'ai vu un article dans le journal sur un bébé de 8 mois qui a été tué par son beau père devant les yeux de la mère... J'en pleurai, j'imaginai ce qu'il avait du ressentir... Je suis très sensible, d'imaginer qu'on pourrait penser ça de moi ... On me met dans la même case, c'est dur.

Martial était observé à l'école à cause du signalement, on été stigmatisés. Ils ont fait tout une histoire parce que Armand [elle se trompe de prénom] a dit à un copain que son père allait couper la tête à sa mère.

On se méfie tellement de la PMI maintenant qu'on les évite et c'est pas bon, ça les inquiète.

Là j'ai été hospitalisée, j'ai loupé deux rendez vous avec le PRISM. Laurent rappelle pas, fait l'autruche et veut pas que je le fasse.

En fait en y réfléchissant je souhaiterais voir un pédopsychiatre pour savoir quoi dire à Martial et Armand de mon problème d'alcool. Je me rappelle un jour Martial rentrait de l'école en bus et je devais l'attendre à l'arrêt. Sauf que j'ai été emmenée à l'hôpital en urgence par le SAMU dans l'après midi. J'imaginai la tristesse... et à cette époque là je faisais la différence entre mes sentiments et les siens... il devait se dire « elle est encore pas là » parce que j'en ai loupé des Noël et des anniversaires. Laurent appelle toujours les urgences donc j'ai loupé énormément de choses. Je lui en ai beaucoup voulu. J'aurais aimé voir un pédopsychiatre pour parler de tous ces sentiments là de honte et de culpabilité et évoquer ce que peuvent ressentir mes enfants mais en restant dans le maintenant et pas dans cette histoire d'enquête... Parce que ça recommence je viens d'être hospitalisée et je suis pas avec Armand. Depuis que j'ai Armand j'ai été hospitalisée une fois 5 jours et une autre fois 10 jours et j'ai pas envie que le schéma se reproduise : Une fois je suis là une fois je suis pas là.

Martial m'a dit « pourquoi tu vas à l'hôpital, les autres mamans elles vont pas à l'hôpital ».

Je lui ai répondu « tu sais les mamans de Jules et d'Enzo peut être qu'elles iront à l'hôpital aussi et les papa ils peuvent y aller aussi ». Parce que la mère de Laurent est décédée, ma mère est décédée aussi. Peut être qu'il se dit : les mamans ne sont pas fiables. Les mamans meurent, décèdent vont à l'hôpital, sécurisent pas et les hommes eux ils sont là. Quand il nous

pose des questions on lui dit qu'elles ont été malades. Mais malade c'est le même mot. Il doit faire des associations.

C'est de ça que j'aurais aimé parlé avec la pédopsychiatre. Armand c'est encore un bébé tout se passe bien. Et puis Armand c'est l'abstinence, j'y suis à deux doigt , je m'inquiète pas alors que Martial il a subi plus de chose.

Tout ça j'en parle pas avec Mr Serra et l'infirmière parce que qu'on parle de l'addiction. Mais c'est de ça que j'avais besoin comme aide et c'est ce dont j'ai besoin actuellement.

Cas clinique N°2

Mme B (P 15)

Premier entretien :

Vous étiez à quel terme quand vous êtes arrivée ?

Mme B : J'étais à 6 mois de grossesse.

Est ce que vous vous rappelez quand est ce que vous aviez verbalisé l'idée aux professionnels de confier Candice à l'adoption ?

Mme B : Quand j'ai accouché,

C'était clair dans ma tête à ce moment là, j'étais toujours sur cette décision là

J'avais une SF dont je ne me rappelle plus le nom, qui s'est occupée de moi et qui était au courant de la situation. Elle m'a aidé à faire les démarches, elle m'a suivi...

Une SF de la PMI ou de la maternité ?

Mme B : De la maternité.

A l'époque, elle avait du évoqué un soutien psychologique avec vous ?

Mme B : Oui (silence)

Est ce que vous vous rappelez ce que vous avez ressenti quand on vous l'a proposé ?

Mme B : J'en avais besoin mais je n'étais pas prête à ce moment là à l'accepter.

Est ce que vous pourriez m'expliquer ce que signifiait pour vous ne pas être prête, ce que vous ressentiez ?

Mme B : Je suis quelqu'un qui a toujours fonctionné par moi même, je me suis toujours

débrouillée toute seule, je n'ai jamais été dépendante. Je me suis occupée de tous mes frères et sœurs , je... voilà et euh...et. J'ai eu beaucoup de haut et bas., euh voilà... et j'ai jamais accepté d'aide de l'extérieur en fait... j'ai toujours voulu me débrouiller par moi même, penser par moi même, enfin voilà... et c'est à ce moment là que je me suis dis ben... je pense qu'il est temps d'accepter une main tendue.

Une proposition d'aide extérieur ça peut être quelque chose de négatif pour vous ?

Mme B : Dans ma tête j'étais assez forte, j'ai toujours fonctionné comme ça auparavant, par rapport à mon histoire, par rapport à mon enfance... voilà quoi... j'ai toujours eu à m'occuper des autres... donc m'occuper de moi... c'était... voilà... ça n'avait pas d'importance en fait... A l'époque je n'étais pas lucide mais je pense que accepter l'aide c'était prendre le risque de s'effondrer.

Qu'avez vous ressenti quand on vous a proposé le suivi pendant la grossesse ?

Mme B : Ça me faisait peur, de m'effondrer de raconter tout ça... Mais je savais que ça n'allait pas...

A l'époque on vous avait proposé de rencontrer une psychologue. Est ce que rencontrer un psychologue c'était plus simple que de rencontrer un psychiatre ?

Mme B : Oui j'en ai vu de par mon enfance, après le décès de maman... donc voilà... je... connais bien , voila je... j'avais plus de facilité à aller vers un psychologue qu'un psychiatre.

Vous aviez rencontré un psychologue quand vous étiez petite ?

Mme B : J'ai une histoire très forte au niveau de mes parents.... on est 8 enfants, mon père battait ma mère... il nous battait... c'était... voilà et ben on était... ma mère était mise sous tutelle... et puis à travers l'école il y a eu une demande de suivi par une psychologue de la petite enfance...

Vous aviez l'impression que cela vous avait aidé à l'époque ?

Mme B : Non non non parce que quand on est enfant et que cela concerne nos parents on ment... Ca nous faisait du bien parce-qu'on était ailleurs... et qu'on faisait des petites choses sympas mais à côté et de ça on était beaucoup dans le mensonge...On protégeait nos parents.

Vous avez pu demander de l'aide après le décès de votre mère c'est ça ?

Mme B : Ca nous est tombé dessus comme ça , du jour au lendemain... Il a fallu gérer ça déjà...

Vous aviez quel âge ?

Mme B : Elle est décédée en 2010... donc j'allais... sur mes 36 ans...(pause)

Ca a été brutal ?

Mme B : Et en plus on a su qu'elle était malade depuis un moment et que en fait elle est décédée suite au coups, la cigarette... voilà... J'ai été au CMP de Fleury car ça a provoqué un déchirement de la fratrie qui a été très très douloureux... Ca a été très très dur... Après ça a fait 4 et 4...

Un déchirement ?

Mme B : Ah oui moi j'ai... j'ai... toujours joué... pris le rôle de maman... donc je me suis occupée de tout et... de voir que ça se passe comme ça c'est extrêmement douloureux.

J'ai pas compris... je pensais pas qu'on pouvait pas en arriver là...

Du jour où ma mère est décédée... Il y avait déjà une séparation liée à l'éloignement géographique... Le décès de ma mère nous a tous rassemblés mais en deux mois ça a été l'éclatement total...

Que s'est-il passé pour que la fratrie se déchire ?

Mme B : Ben en fait, je pense que c'est générationnel, en fait il y a un fossé entre les quatre premiers et les quatre derniers... Le dernier est de 89 donc euh...

Le dernier n'a pas connu les mêmes choses, ça a été très dur pour l'avant dernier...

La vie de quartier s'est mélangée à ça ...

Ma grande sœur qui a 11 mois de plus que moi et qui est handicapée, moi et mes deux frères après moi... il y a eu un énorme fossé, ils sont restés dans l'esprit quartier, pas de respect... euh... fin voyez il y a un énorme fossé entre nous... ça a été jusqu'aux petits qui frappent le grand ils se sont acharnés sur le grand frère. Quand on en est là... autant couper le cordon... c'est pas acceptable.

Malgré le mal que ça a pu me faire, je vis mieux depuis cette coupure... J'étais envahie... ça a détruit ma vie amoureuse avec le père de ma grande.

Je les ai tous récupérés les un après les autres... Je les ai tous hébergés, je les ai tous aidés... C'est compliqué après pour construire une famille... Ça a continué jusqu'à ce que je parte à Fréigny, jusqu'à ce que je suive le père de mes enfants en fait... La cassure s'est faite juste avant.

Enfin le départ avec le père de vos enfants c'est ça qui a provoqué la rupture avec vos frères et sœurs ?

Mme B : Pas du tout c'est que j'ai été trompée, on a appris que j'étais enceinte de 4 mois, deux semaines après il partait... Plus tard j'ai appris que son histoire n'était pas fraîche...

Vous voulez parler de la grossesse de Candice ?

Mme B : Oui. Même si je suis allée dans son sens pour l'avortement, il m'a abandonné....il NOUS a abandonné... parce qu'on était 2.

Quel âge avait votre fils ?

Mme B : Il allait sur ses 3 ans

Est ce qu'il voit son père ?

Mme B : C'est très difficile.

Il a su pour Candice à travers Ylan fin août, ça a été très mal, je me suis fait traiter...

« Je l'ai trahi, je l'ai roulé dans la farine, je ne veux que du fric... »

Vous étiez seule sur Fretigny, comment avez vous pu venir dans la région ?

Mme B : J'étais vraiment... et je ne pouvais pas bouger d'où j'étais : parce que je n'avais pas le permis. J'étais dans le village, dans la maison, à rien pouvoir...

Heureusement un couple d'ami était là.

C'était vraiment...

J'ai mis mes frères au courant un mois après la séparation...

Je n'ai jamais voulu les mêler à mes histoires.

Ils m'en veulent beaucoup de ne pas avoir demandé d'aide...

Je sais pas trop en fait... ils ont pas tort, si je les avais interpellé on en serait peut être pas là quoi... mais je serais peut être pas passée par tout ça... Parce-que sincèrement ce que je vis là avec mes deux enfants, pour moi c'est le bonheur complet... à la limite je me sens mieux que quand j'étais avec le père...

Quand vous avez déménagé sur Poitiers comment vous sentiez vous ?

Mme B : Je me sentais pas capable... Il y avait l'histoire de ma vue, ma maladie qui jouait, l'avenir... Je me sentais complètement démunie, je... je....pour moi je lui aurais rien je... apporté... J'aurais pas été capable de m'occuper complètement d'elle... de gérer...

Qu'attendiez vous du soutien psychologique quand on vous l'a proposé ?

Mme B : M'aider à ranger mes idées, à prendre ma décision même si c'était déjà clair pour moi.

De toute façon le jour où mon frère est venu à l'hôpital, c'était clair pour moi j'allais la récupérer mais je n'en avais pas la force physique, morale et j'étais toujours dans ce balancement où... De ce

dont j'allais lui apporter.

Pour moi elle serait beaucoup plus heureuse dans une vraie famille euh... voilà... et... du jour où mon fils est parti en vacance chez son père et je me suis retrouvée toute seule... c'est là où les choses ont vraiment été claires dans ma tête.

J'ai beaucoup réfléchi je....l'abandon....l'abandon....l'abandon....je l'ai vécu quoi... Je l'ai vécu par ceux que j'ai le plus aimé ma mère et mon père et euh... j'ai fini par me dire... je ne

peux pas... je ne peux pas faire ça... je ne peux pas abandonner mon enfant... de toute façon il y a un lien qui s'est créé dès le départ avec Candice... dès le départ...

Et mon frère, le plus jeune des deux... quand il est venu me chercher à l'hôpital et que...je lui ai annoncé que je récupérais Candice, il m'a dit « de toute façon le jour où je venais te chercher à l'hôpital je savais déjà »...Lui il était pas pour que je la récupère. Mon autre frère, il comprenait pas... il a été irrespectueux... il m'a dit que je faisais n'importe quoi, qu'il fallait pas la garder...

un était pas pour du tout et l'autre pour c'était ma décision... voilà... C'est le seul qui m'a vu dans un état... il m'avait jamais vu dans l'état dans lequel j'étais à ce moment là et il a eu très peur... très très peur et lui aussi il a fini par ce dire par me dire « fais ce que tu as à faire »... Tu veux aller la chercher ? Vas y va la chercher...

A cette époque vous étiez déprimée ?

Mme B :Oui je pleurais tous les jours : je me levais je pleurais, je me couchais je pleurais, je faisais ma vaisselle je pleurais... je... je pouvais pas, c'était impensable en fait... et même je m'en voulais...

Je me disais comment j'ai pu faire ça quoi.....

Beaucoup de culpabilité ?

Mme B : Enormément

Es ce que vous pensez que les choses auraient pu se passer différemment au niveau du soin pendant la grossesse?

Pour vous permettre d'éviter de passer par cette épreuve ?

Mme B :Non je pense pas... j'étais partie... en plus ce que j'ai vécu là bas pendant la grossesse... pour moi j'allais pas faire une enfant normale... J'ai dû faire les cartons toute seule, vider les cartons toute seule... donc j'ai beaucoup... physiquement je me suis... je me suis bien esquinée... Candice n' évoluait pas et... la grossesse ne se passait pas bien...

Vous avez eu des complications pendant la grossesse ?

Mme B : Oui en plus pour Ylan... j'ai un suivi encore plus.... J'ai eu eu une toxémie gravidique avec HELLP syndrome, j'étais suivie toutes les semaines pour Candice...

A Chateaudun aussi c'était très régulier... La semaine avant de déménager... non... Le vendredi avant de déménager... Le 15 j'ai été hospitalisée toute la journée... lendemain c'était... On croyait que j'allais la perdre... Je croyais que j'allais la perdre...

Vous vous inquiétiez beaucoup pour candice ? Vous vous disiez qu'il allait forcément arriver quelque chose ?

Mme B : Ah oui mes prises de sang étaient négatives, il y avait plein de choses qui n'allaient pas du coup j'ai été hospitalisée la journée, je suis revenue le soir et puis... je partais le dimanche... et à partir du moment où je suis arrivée là... et puis mon frère m'a beaucoup aidé... s'est beaucoup occupé d'Ylan... voilà... m' a beaucoup soutenue... voilà et puis ce qui a fait que j'étais bon... déjà un peu plus apaisée... Et en plus de voir mon fils autant apaisé aussi... ben de ce côté là ça m'a aidé. Il y avait une sorte de soulagement... c'était incroyable, on est arrivés le dimanche soir... c'est comme si on avait toujours vécu là en fait... et de ce soir là il dormait correctement, il ne faisait plus de crises pour le coucher, il ne nous réveillait plus la nuit, pour lui c'était presque une normalité en fait...

Ca vous a redonné confiance en temps que mère ?

Mme B : Oui

Avez vous eu un-traitement anti déprime pendant la grossesse ?

Mme B : Non pas pendant la grossesse.

Vous auriez souhaité l'avoir eu plus tôt le traitement?

Mme B : Non , je pense que ça aurait pas été bon...

Pour candice et pour moi...

Je n'ai jamais été trop médicament en plus... donc voilà...

J'ai pris plein de médicaments avant de savoir que j'étais enceinte et ça m'a fait vraiment très très très peur...

J'ai eu une gastro, une otite, une grippe... j'ai eu pas mal de traitements... entre Novembre et Mars que j'apprenne que j'étais enceinte j'ai eu au moins quatre fois un traitement.

Vous étiez à quel terme quand vous avez appris que vous étiez enceinte ?

Mme B : 4 mois.

Vous vous inquiétez beaucoup pour Candice avant qu'elle arrive ? Vous vous préoccupez beaucoup d'elle

Mme B : Oui c'est pour ça que j'ai accepté l'amniocentèse... que voilà.... quand j'ai eu tous les résultats malgré que j'étais dans l'optique de la faire adopter... j'étais hyper soulagée... j'étais voilà.... je me suis dit voilà elle n'est pas malade... elle n'est pas atteinte, elle n'a pas de handicap... voilà...

Après il y a toujours le problème du handicap mental, étant donné que j'ai ma sœur qui est handicapée, j'ai une cousine et tout... c'est un petit peu cette peur là que j'ai eu...

De quel handicap souffrent elles ?

Mme B : Un retard...

Une fois que vous étiez rassurée sur le physique vous pensiez au handicap mental...

Mme B : Oui mais je me suis dit au moins je sais qu'elle va être adoptée, si je fais un enfant trisomique... ok je le place pour l'adoption mais qui va prendre ?

Voilà... voilà... et ça , ça me tortillait c'était affreux.

Et je l'avais dit à mes frères que si elle était handicapée je la garderais...

Il m'ont dit «ça va pas, est ce que tu te rends compte ce que c'est d'élever un enfant handicapé ».

Mais oui je le sais... peut être pas le même handicap mais oui je le sais.

On entend un peu la crainte d'une répétition : un enfant avec un handicap mental, l'abandon....

Mme B : Oui parce que je me rends compte maintenant que j'ai beaucoup vécu dans mon passé.

Et euh... là je le percute vraiment... J'ai pris des décisions de vie... J'ai eu un fonctionnement de vie tout ça qui en fait ... C'est mon passé qui m'a... a décidé du chemin...

Je m'en rends compte vis à vis de ma façon d'être, par rapport à ma vie amoureuses... je pense que... j'ai ma part de... là dessus... et ma façon de vivre ces histoires...

Finalement la naissance de Candice vous a permis de faire le point sur tout ça ?

Mme B : Je suis quelqu'un qui se remet beaucoup en question... ok je vis sur le passé, j'ai peut être pas toujours été dans le bon sens... mais je suis capable me remettre en question oui

Vous diriez que le suivi vous a permis de faire ce travail là ?

Mme B : Oui c'est un point positif, c'est ce qui fait que j'en suis pas arrivé au suicide... que voilà... je suis peut être tombée très bas, j'ai touché le fond, j'ai fait une grosse dépression mais jamais eu le courage d'aller jusque là. Donc je me dis... Je suis pas tombé dans l'alcool...

Votre mère avait eu des moments de dépression ?

Mme B : De toute façon... je pense que... à partir je crois du jour où elle a perdu son père, elle avait 16 ans, ma grand mère est décédée... Ma sœur Christelle est née le 08 Septembre 76 et ma grand-mère est décédée le 10. Elle étaient dans le même hopital... Donc maman a déjà un vécu par rapport à ça très douloureux. A partir du moment où mon père lui a porté la main dessus de toute façon... Maman était une personne très intelligente, cultivée mais faible de caractère. Donc voilà, je pense... elle est tombée très vite dans la dépression.

J'ai entendu tout à l'heure que vous avez parlé de « tomber dans l'alcool » , est ce que c'est quelque-chose qui s'est déjà passé ?

Mme B : J'ai déjà essayé de me rabattre là dessus et tout. Pour encaisser les choses... pour se sentir plus forte. Le père des enfants buvait pas mal et je suis allé dans son sens. Ca a duré 4 moi jusqu'au jour où je me suis levé un matin, je tremblais de partout, je cherchais de l'alcool et je me suis dit non. C'est pas possible. Mais ça ne m'a jamais empêché de gérer Ylan... De toute façon j'étais pratiquement toujours toute seule. J'ai fait aussi des soirées quand j'étais jeune quand j'avais ma grande mais j'étais quelqu'un... même si j'avais bu un peu... mes

enfants d'abord. Si je voyais quelqu'un partir du salon j'étais derrière. On s'approchait pas de mes enfants, ça c'était sûr. Et j'ai toujours géré, pendant ces 4 mois j'ai jamais fait quelque chose de travers vis à vis d'Ylan.

Revenons sur le début de votre suivi à la maternité... Vous rappelez vous comment la SF vous a proposé le suivi psychologique ?

Mme B : J'ai pas trop de souvenir..Je me rappelle du visage de la SF, je me rappelle des rendez vous mais par contre les paroles... Peut être que c'est rangé quelque part et je refuse de m'en souvenir. Je me suis posé la question à un moment : « qu'est ce qui a été dit à ce moment là »... c'est bizarre.

Quand on vous a proposé le suivi avec l'équipe de pédopsychiatrie, est ce que vous vous rappelez de votre sentiment ? Est ce que c'était: de l'inquiétude, de la peur, du soulagement ou de la colère ?

Mme B : Du soulagement. Plus ça va , plus je me dit heureusement et j'essaie d'en faire une fierté... Mine de rien ça fait très longtemps que ça ne va pas... pas seulement vis à vis du père de mes enfants mais tout le reste.

Dans quel lieu avez vous pu travailler sur tout ça ? Lors des consultations ambulatoires en pédopsychiatrie ? À l'UMB ?

Mme B : Dans les deux lieux. Avant j'étais hospitalisée de jour à l'UMB, maintenant je suis en nuit et j'ai beaucoup de mal. J'ai du mal à laisser Ylan, ça me frustre... et lui aussi... Jeudi soir quand je rentre je suis encore plus fatiguée que quand je suis partie.... Il m'en fait voir de toutes les couleurs. Il est dans la provocation... c'est un garçon, c'est complètement différent d'avec ma fille. On sent le manque de la figure paternelle. Autant dans l'affectif c'est plus une fille autant dans la dureté c'est chaud quand même...

Quand il veut jouer à la bagarre, aux voitures... c'est un enfant qui se porte bien... et c'est pas facile...

Pouvez vous me dire ce que le suivi vous a apporté en prénatal ?

Mme B : Malgré ma décision je faisais attention et je faisais tout pour qu'elle naisse dans les meilleures conditions possibles.

Les rendez vous étaient assez fréquents ? Auriez vous préféré des VAD ?

Mme B : Je me déplaçais toujours mais j'avais les SF de la PMI et Mme Bernez (ref ASE pour le placement).

a a commencé le 2 août avec Mme Vallet est à l'hôpital puis au CMP au mois de Septembre avec Candice.

C'était une fois par mois je crois...

Je voyais aussi Mme Changeur... pour le traitement, c'est Mme Valet qui m'a proposé

Comment avez vous vécu la proposition de Mme Valet de recevoir un traitement et de rencontrer un médecin psychiatre ? Est ce que cela vous a inquiété ?

Mme B : Au début je ne voulais pas de traitement... Je voulais bien le psychologue mais pas le traitement....

Es ce que le fait que ce soit un pédopsychiatre vous inquiétait ? Est ce que vous craigniez par exemple de rencontrer un médecin, d'être hospitalisée ou qu'il y ait un signalement ?

Non cela me paraissait naturel de rencontrer un médecin vu la situation, j'étais très mal... Mais un traitement... je ne voulais pas au début...

Le fait qu'il y ait plusieurs intervenants les SF de la maternité et de la PMI, la psychologue, le psychiatre ça ne vous dérangeait pas ?

Mme B : Non

Quand avez vous rencontré le Dr Changeur pour la première fois ?

Mme B : Au moment de l'accouchement de Candice... elle remplaçait Mme Valet pendant des vacances, Mme Valet m'en avait parlé, c'est après qu'on m'a proposé un traitement.

C'était avant que je reparte de la maternité sans Candice... Ce placement c'était un mal pour

un bien... de toute façon je n'aurais pas pu m'en occuper...
Que ce soit physiquement ou mentalement...

Comment avez vous vécu l'hospitalisation pour l'accouchement ?

Mme B : C'est comme partout, il y en a une partie des sages femmes qui était bien et une ou deux autres avec qui ça ne passait pas du tout... elles n'étaient pas prévenantes, n'avaient pas d'empathie...

elles me jugeaient, elle n'acceptaient pas ma démarche... je le voyais dans leurs yeux... faut accepter le regard des autres... c'est dur...

Au retour à la maison, est ce que la fréquence de suivi vous convenait ? Les rencontres sur le CMP ?

Mme B : Oui à la sortie Candice était placée... La façon dont ça s'est fait ça allait très bien la preuve... C'est toujours le bordel dans ma tête mais j'ai énormément évolué et voilà je commence à remonter... Je vais avoir besoin de toute mon énergie...

Est ce que vous souhaiteriez me dire quelque chose à propos du suivi que nous n'avons pas pu aborder ?

Mme B : Il y a des moments c'est lourd pour moi... j'aimerais arrêter d'aller en hospitalisation... Et il y aussi des rendez vous avec Mme Valet (psychologue de l'unité de pédopsychiatrie) que j'ai loupé parce que j'ai pas... J'avais pas envie, j'étais incapable d'y aller et j'avais pas envie de discuter... J'étais dans un esprit complètement négatif... Parce que mine de rien ça fait du monde... Avec tous les rendez vous à côté, les démarches... Là je commence tout juste à m'écarter, de mettre des distances par rapport à... donc déjà je me sens un peu mieux quand même... Mais il y a encore du travail... Finalement ça commence à être un peu lourd... Comme je commence à aller mieux...voilà c'est...

Vous en avez parlé avec les différents intervenants ?

Mme B : J'essaye mais j'ai pas trop l'impression que ça passe... Je suis pas spécialiste, c'est eux qui voient plus mes besoins, voir du monde... d'une personne à une autre je vais pas dire

les mêmes choses... je vais pas les dire de la même façon... parfois je suis contradictoire... voilà je pense que là il y a besoin de ...(souffle)

Le fait d'avoir plusieurs lieux et intervenants, ça peut rendre plus confus ?

Mme B : Oui peut être...

Vous éprouveriez le besoin que tout soit plus rassemblé ?

Mme B : Voilà rassemblé, ce que j'éprouve comme besoin c'est de voir mon éducateur par rapport à la recherche de logement, j'ai ma prise en charge qui démarre le 12 mai au niveau du centre de basse vision... Ça va être quelque chose en plus... je vais apprendre à utiliser la canne blanche, à repérer les matières, à m'organiser et au fur et à mesure apprendre à faire à manger... et voilà...

Je commence tout juste à accepter cette maladie, j'en ai toujours une conscience mais je commence tout juste à accepter que c'est bien réel et que il va y avoir un moment où je n'aurai plus mes yeux... Mes préoccupations c'est que... on me donne deux ans... et passé deux ans... j'ai mes deux petits en bas âge... si je veux qu'on me les laisse il faut que j'assume...que je travaille là dessus... que de toute façon c'est une priorité...

Vous avez besoin de vous recentrer sur ce problème ? Et moins sur la prise en charge avec Candice ?

Mme B : J'ai un avenir à préparer, et là j ai un but et voilà....

J'entends que vous souhaitez quelque chose de plus rassemblé pour pouvoir vous concentrer sur l'avenir mais au moment où vous avez récupéré Candice et que vous êtes entrée à l'UMB, auriez vous souhaité que par exemple le suivi bascule exclusivement à l'UMB ? Un relais entre les deux équipes ?

Mme B : Ce qui me frustre le plus c'est l'UMB.... Ça m'a fait énormément de bien et Candice a bien évolué... mais c'est le contexte en fait... le fait de ne pas être chez moi... de laisser mon fils... de... Parce que même si je sais que ça me fait du bien et que ça m'aide... Moi je suis là

bas avec Candice et Ylan il est ici. Quand je suis là bas, je suis constamment préoccupée par Ylan...

C'est comme si j'étais coupée... On me dit « Mme faut décrocher avec vos enfants » Mais je suis bien comme ça... je ne sais pas m'occuper de moi... prendre du temps pour moi...

Déjà je commence à faire plus attention à moi physiquement... et Ylan me dit « Maman tu es jolie avec tes boucles d'oreilles, tu sens bon... » et ça me booste ...

Je me suis toujours occupée des autres... je me moquais de comment j'étais habillée à la maison... Et le fait que Ylan réagisse à ça... c'est peut être aussi le fait que ce soit un garçon ben ça m'aide beaucoup... et ça me remet en arrière dans l'image que j'ai pu donner...

Quand je repense à ma grande... je pense qu'elle a pas vu le meilleur de moi même ça c'est clair... et c'est une partie où je m'en veux par rapport à son éducation.....

Je vois sa façon d'être, sa façon d'agir... ça ne va pas la gêner non plus de rester la journée en pyjama... elle a fait sa crise d'adolescence à 18 ans, je suis mamie... le fait qu'elle ait sa fille elle se laisse un peu aller... et moi ça me fait du bien parce que je peux me permettre de la booster...

Deuxième entretien

Comment vous a t on présenté le suivi dans le Post-Partum ? Comment avez vous vécu l'annonce du suivi ?

Mme B : C'est le Dr Changeur qui a évoqué le suivi à l'UMB, et c'est avec qui qu'on a pris rendez vous ?.... J'y suis allé avec une dame de l'IDEF..J'ai un gros doute..J'y suis rentrée le premier Octobre et j'avais déjà vu le Dr Added avec l'éducatrice de l'IDEF.

Comme vous a t elle parlé de la structure ?

Mme B : Elle a évoqué mes besoins, le fait que je sois fatiguée, déprimée , l'histoire de Candice et son évolution... Le fait de ne pas être seule, que c'était un endroit adapté pour ma dépression... (Ylan inquiète du bruit de la bouilloire, rappelle à sa mère qu'il faut qu'elle éteigne et Candice vocalise) un endroit où je pouvais me reposer sur les infirmières.

Mme B échange des vocalises avec Candice....

Combien de temps Candice a été placée ?

Mme B : Elle est rentrée à la maison fin août pour la rentrée...

Candice vocalise, Mme la regarde, rupture dans le discours

Comment s'est passée l'hospitalisation à l'UMB ?

Mme B : C'était très difficile de se reposer, j'avais besoin de bouger tout le temps... C'était difficile de communiquer avec les autres maman. Il y avait pas trop d'échanges et j'en n'avais pas envie... niveau activité pareil... je n'étais pas disponible... C'est venu petit à petit, c'est à partir de Noël que ça a commencé à venir... par contre j'avais une grosse grosse fatigue...

C'est la fatigue qui ne vous rendait pas disponible ?

Mme B : C'était beaucoup de préoccupations pour Ylan, l'histoire avec le papa, ma maladie .tout ça...

Candice rampe jusqu'à Mme et essaie de se mettre debout, sourit beaucoup, Mme la regarde

« qu'est ce que tu fais ? C'est nouveau ça »

« gros câlin là, elle m'en fait presque jamais »

« je vais la mettre sur sa chaise haute avec un gâteau »

« Elle est pas très câline... » Candice tend les bras vers elle dans la chaise haute et Mme lui emmène un gâteau. Ylan en réclame un aussi.

Candice vocalise quand je parle.

Mme B : Il a pas pu y aller la dernière fois donc j'espère que les choses vont pouvoir s'arranger...

C'est constamment des attaques à travers le petit.

J'ai essayé de tout faire dans son sens à lui, je fais la moitié du trajet jusqu'à Blois...

Il ne m'a toujours pas donné de date pour les prochaines vacances alors que j'ai besoin de m'organiser pour le déménagement et les rendez vous du centre basse vision.

Quelles étaient vos préoccupation pour Ylan ?

Mme B : Qu'il était pas bien, qu'il était perturbé et même lui il le fait que... les nuits ont commencé en janvier et c'était une frustration totale... Avant j'étais en Jour et j'y allais trois fois par semaine. J'étais plus fatigué qu'autre chose....Les aller retours, gérer le matin. Ylan était à la garderie et à la cantine...

Et quand je suis passé de nuit, je le vivais mal, Ylan le vivait mal... et à mon retour le jeudi c'était difficile. Je faisais deux nuits par semaine.

Vous étiez moins fatiguée peut être en y passant les nuits ?

Mme B : Oui même physiquement.. J'ai perdu 11 kilos en peu de temps...

C'était compliqué d'être dans le moment présent avec Candice car vous vous inquiétiez pour Ylan en même temps ?

Mme B : Oui... Mais pas pour Candice... Tout s'est fait tout seul... tout est venu naturellement... En fait c'était automatique. Voilà je m'en occupais normalement, je faisais ce que j'avais à faire. Il n'y a jamais eu de coupure avec Candice malgré ma préoccupation pour Ylan. Et puis elle a évolué tellement vite .

Ylan : « il a gagné spiderman » Candice se manifeste

Elle a super bien évolué et moi c'était un automatisme.

Elle regarde Candice : « on parle de toi »

Le lien était facile, simple ?

Mme B : C'était comme si il n'y avait pas eu de séparation. Quand je l'ai récupérée et qu'elle ma regardé c'est comme si on avait toujours été ensemble. Je dis pas que ça a été facile tous les jours...

Vous avez été séparées combien de temps ?

Mme B : Un mois, de sa naissance au 14 août.

J'ai pris ma décision le 10 quand Ylan est parti chez son père et que je me suis retrouvée seule. Je pense que c'était déjà clair pour moi... Il fallait que j'ai le déclic...
Je me suis créée des angoisses pour Ylan...on n'en avait jamais parlé... pourtant il m'a vu enceinte mais pour lui j'avais bobo au dos et au ventre et il avait le bébé dans son ventre à lui. C'était assez marrant... son bébé petite sœur Candice...
J'ai une photo... c'est le regard qu'ils ont eu l'un pour l'autre... Ylan il était fier...

Moi : Ylan tu te rappelles quand tu as rencontré Candice ?

Ylan : Oui

Elle était comment ?

Ylan : belle

Candice se manifeste : Mme lui donne un gâteau ainsi qu'a Ylan qui en voulait un autre.

Comment a évolué l'hospitalisation

Mme B : Depuis deux semaines je n'y vais que deux fois en journée.

L'équipe a compris que j'en avais marre...

Ça m'a énormément aidé mais au bout d'un moment c'est pesant...

A l'unité mère bébé vous avez pu vous reposer, les infirmières prenaient le relais... Ce n'était pas trop dur pour vous de changer de position en rentrant à la maison ?

Mme B : Oui... à la limite j'étais peut être plus fatiguée en rentrant, c'est vrai c'était un peu compliqué. Avec ce que me faisait subir Ylan, je repartais le mardi matin épuisé. Il a vu l'équipe et Mme Added, il a bien mesuré, il a bien compris, c'était plus moi après... Et puis c'est pas facile d'accepter de laisser son enfant pour se poser d'un autre côté avec l'autre enfant. On n'a jamais été séparé Ylan et moi... donc...

L'école a été une première séparation, ça a été dur ?

Mme B : Je suis quelqu'un qui a beaucoup, beaucoup de mal à me séparer de mes enfants...
Je sais ce que j'ai à faire, je dois inscrire Candice à la crèche pour l'année prochaine... mais c'est difficile de faire les démarches.
Je sais que c'est mieux pour elle mais c'est un gros effort à faire.....

Vous auriez préféré que la prise en charge concerne aussi Ylan ? Qu'il puisse être avec vous à l'UMB ?

Mme B : Oui mais je suis pas sûre que ça aurait été bon...
Parce qu'il y avait besoin de ce décrochage, mon moral se répercutait sur lui c'est pas plus mal après tout. Ça nous a permis de faire des choses ensembles aussi parce que le mercredi on se retrouvait l'après midi et Candice restait à l'UMB...

Et en même temps vous continuez avec Mme Vallet et Mme Changeur ?

Mme B : Oui deux fois par mois
Mme Changeur c'est pour Ylan , Mme Valet pour moi et l'UMB pour moi et Candice

C'est important de différencier ces espaces ?

Mme B : par moment c'était trop...
L'UMB, Mme vallet, Audacia, l'éducateur , la travailleuse familiale...
Faut gérer...
J'ai envie de me concentrer sur moi, le futur à préparer, sur le centre basse vision.

Cas clinique N°3

Mme L (P17)

Premier entretien

Racontez moi l'histoire de votre grossesse

Mme L : Au début mon copain et moi on a enlevé le stérilet parce qu'on voulait un deuxième bébé. Et en fait ça s'est compliqué après parce que au mois de janvier il a perdu son frère et moi je suis tombé enceinte au mois de Mars juste après. Et dans le coup... et après surtout pour mon conjoint une grossesse non désirée. Surtout pour lui... c'était le fait qu'il travaillait pas, qu'il avait perdu son frère. Donc du coup je devais faire un avortement au fait.....

Vous désiriez cette grossesse ?

Mme L : Dans un sens je la voulais et dans un autre non. Parce que j'avais le décès de mon frère... beau frère qui était arrivé et euh... pour moi au début je disais je veux pas d'enfant mon beau frère est décédé pendant ce temps j'en veux pas... Au début avec mon copain on avait fait les démarches pour avorter en fait malgré que moi j'étais contre l'avortement... J'arrivais pas à tuer mon enfant... Mais mon copain lui ne voulait pas d'enfant et si je le gardais il me quittait. Donc ben moi par amour pour lui j'ai voulu pas garder cet enfant. On a fait les démarches... ils ont fait une échographie. Malheureusement j'ai voulu regarder l'échographie et ça m'a encore plus changée. J'étais hyper heureuse d'avoir l'écho, c'était que du bonheur. Le lendemain j'ai dû prendre le cachet pour l'avortement avant le rendez vous avec l'anesthésiste et devant le cachet j'ai pas pu le prendre. Je suis arrivée un peu en retard au rendez vous chez le médecin deux jours après. Je voulais pas y aller, c'était le matin et je suis arrivé l'après midi, parce que mon copain voulait absolument que j'y aille on s'était disputés la veille exprès pour ça... et quand je suis rentrée chez moi, j'ai fait croire à mon conjoint qui gardait Jennifer notre fille que c'était trop tard en fait...

Vu que j'avais oublié mon rendez vous le matin, il y a avait plus de place l'après midi et donc que c'était plus possible. C'était dur à garder en soi même parce qu'il fallait que je mente à mon copain... On le voulait avant le décès même si j'étais malheureuse je le voulais quand même. Je pensais qu'il m'aurait quitté parce que je l'avais gardé. En fait il a eu un déclic, il a commencé à chercher un travail directement. Il était quand même content après que j'avais gardé le bébé.

J'avais du mal à l'accepter la grossesse. Surtout que je m'étais imaginé que j'allais plus l'avoir ce bébé quand on faisait les démarches pour avorter... Du coup je l'aimais plus tellement ce bébé...

Du coup j'ai eu un peu du mal à vivre la grossesse directement...

J'ai fait une dépression après, parce que mon beau frère n'était pas là alors que pour la première il était avec nous. Donc j'étais vraiment pas bien à ce moment là...

Quand la dépression a t elle commencée ? Avant la grossesse au moment du décès ?

Mme L : Elle a commencé un peu au décès mais vraiment quand j'ai pris la décision de le garder... J'arrivais plus du tout à dormir, j'étais vraiment pas bien. Je me sentais vide... j'avais plus envie de rien. Je vivais mal la grossesse par rapport à la première.

Vous avez deux filles ?_

Mme L : Deux filles et un garçon : Stéphane qui a 8 ans, c'est avec un premier papa.

Jennifer qui est née le 23 Mars qui a eu 5 ans et Maeva qui est née le 25 décembre 2016. Elle devait arriver début janvier mais moi je voulais pas parce que mon beau frère est décédé en Janvier... Du coup j'ai tout fait pour accoucher avant, j'ai réussi.

Je bougeais beaucoup tous les jours en fait... Pendant la grossesse j'avais un objectif c'était accoucher avant janvier... Du coup je me suis pas reposée, je bougeais les meubles, je faisais du scooter je marchais beaucoup. Jamais à me reposer en fait...

Ça a changé après quand j'ai eu les séances avec Mme Vallet, j'ai pu aimer qu'elle soit en moi...

C'est grâce à Mme Vallet que j'ai pu reprendre le dessus.

Comment avez vous débuté le suivi sur la maternité ou UMB, qui vous a adressé ?

Mme L : Grâce à la sage femme de Saint Eloi (*PMI*).

Je lui avais tout raconté, on en parlait... Elle m'a dit qu'on pouvait m'aider.

Comment vous a t elle présenté le travail de Mme Vallet ?

Mme L : Elle m'a dit que c'était la psychologue et qu'elle était là pour m'écouter... Elle parlait pendant les rendez vous et je me sentais mieux...

Vous aviez déjà rencontré des psychologues ?

Mme L : Oui quand j'étais jeune à l'école j'en ai rencontré une...

Ça vous a aidé ?

Mme L : Oui oui...

Ça m'a beaucoup aidé, j'aurais aimé plus en profiter, plus rester à la maison, en profiter

Elle est née quinze jour en avance, les autres c'était une semaine avant.

Ma famille comprenait pas pourquoi je faisais ça...

Mais c'était impossible pour moi d'accoucher en Janvier...

C'était dur aussi d'accoucher à la Miletrie... C'est là où il est décédé.

Il était là pour une greffe de foi... Il buvait pas mal...

Il a perdu son frère jumeau il y a 5 ans et c'était dur pour lui... Il voulait une seule chose c'est le rejoindre...

Votre beau frère était déprimé ?

Mme L : Oui... On se comprenait bien tout les deux...

Il était tout le temps là avec moi pour s'occuper de Jennifer...

Là c'était pas pareil, il manquait quelqu'un...

On en avait parlé avant qu'on essayait d'avoir un enfant et lui il était heureux...

J'avais parlé que je voulais un deuxième enfant avec lui...

« je vais être tonton tout ça » Il a pas pu vivre ce moment là et c'était le plus difficile pour moi.

Pourtant j'ai fait le choix d'aller là bas... J'avais fait mes deux premiers accouchement là bas...

J'ai dit faut que j'y arrive, j'ai l'habitude d'aller là bas...

Et votre conjoint, ça devait être difficile pour lui aussi ?

Mme L : Il le montrait pas... Il se rendait pas compte qu'on avait une relation proche... Il était content qu'on s'entende bien... Il était toujours là pour m'aider et pour m'écouter...

Il venait tous les jours à la maison voir sa nièce... Il venait le matin et l'après midi et des fois le soir... Il venait tout le temps... Il adorait venir à la maison pour voir son frère aussi parce qu'il lui restait plus que lui... Mais son frère il était un peu froid du coup ça nous a rapproché et on discutait quand on se sentait pas bien...

Vous avez eu des périodes où vous n'étiez pas bien aussi ? Avant son décès ?

Mme L : Oui... Il me comprenait bien... et moi j'étais pareil que lui.

Vous avez rencontré Mme Vallet à quel moment ?

Mme L : Euh... vers les six mois

L'avortement c'était un peu avant les 3 mois et j'ai fait les démarches à 3 mois et demi.

C'est la sage femme qui s'est rendu compte que vous aviez l'air triste ?

Mme L : Ça se passait bien avec la SF alors j'ai décidé de lui parler. Je lui disais que j'acceptais pas le décès de mon beau frère... que la grossesse j'avais du mal à la vivre parce que j'ai failli l'avortement... J'arrivais plus à dormir, j'avais besoin d'aide pour retrouver le sommeil...

Et puis avec ma filles c'était très difficile et elle m'a beaucoup aidé dans tout....

Pouvez vous me raconter ce que vous avez ressenti quand on vous a proposé le suivi psychologique pendant votre grossesse ?

Mme L : [Silence]

De l'anxiété, du soulagement, de la colère vous étiez étonnée ?

Mme L : J'étais soulagé, je me sentais mal... j'avais confiance...

Si on vous avez proposé à la maternité de rencontrer Mme Vallet vous pensiez que vous auriez accepté ?

Mme L : Non... J'aurais pas parlé... j'avais confiance parce que je connaissais une puéricultrice à la PMI qui s'appelait Mme Millord... euh... elle me pesait quand j'étais bébé, elle me connaissait depuis toute petite... Avec elle j'arrivais à parler... et je sais pas là bas je me sentais bien là bas je connaissais les lieu.

Mme Vallet vous a vue à la maternité, dans un lieu différent...

Mme L : Oui ça m'a permis d'y retourner petit à petit... c'était compliqué. Je me suis dit tu vas passer quelques jours là bas il faut que tu y retournes petit à petit. Et Mme Vallet elle m'a parlé de la pédopsychiatre le Dr Changeur parce que je lui ai expliqué que j'arrivais pas à dormir... que... C'est elle qui m'a dit... pour elle je faisais une dépression et je devais voir le Dr Changeur pour avoir des cachets pour la dépression et pour dormir aussi.

Quand elle vous a donné le diagnostic, qu'elle vous a parlé du suivi c'était étonnant pour vous ? Vous vous y attendiez ?

Mme L : Je m'en doutais... vu comment c'était profond...

Que pouvez vous me raconter votre ressenti quand on vous a proposé les consultations dans le Post-partum ? Vous attendiez vous à ce qu'elle vous propose de rencontrer un psychiatre ?

Mme L : Oui, j'avais besoin de la voir pour le sommeil... Je dormais plus la journée que la

nuit... j'étais soulagée de la voir. J'étais d'accord d'avoir de l'aide.

Vous avez facilement identifié les deux lieux ?

Mme L : Oui Mme Vallet m'écoutait et le Dr Changeur m'écoutait aussi... et il y avait l'ordonnance. Ce que je disais à Mme Vallet, je le répétais à Mme Changeur...

Cela vous gênait de répéter ?

Mme L : Non ça me soulageait d'en parler...

Savez vous pourquoi on vous a proposé un suivi dans le Post-partum ?

Mme L : Quand j'ai accouché, une collègue du Dr Changeur est venue me voir parce que elle était en vacances... et elle a dit : « après vous reverrez le Dr Changeur au CMPEA dans un autre lieu parce que après c'est mère avec enfant »...

Elle m'avait dit : « Je vous ai accompagnée pendant la grossesse après il faut que je vous suive avec l'enfant ». Donc justement après elle m'a vue avec ma fille Jennifer aussi. Le premier rendez vous qu'avec Maeva puis après les deux.

Et Mme Vallet ? Vous l'avez vue après l'accouchement ?

Mme L : Je devais la recontacter justement... Faudra que je lui téléphone ce tantôt... On s'était arrêté d'un coup là bas parce que j'en avais plus besoin...

Comment le suivi s'est il arrêté ?

Mme L : On s'est vu deux fois après que Maeva soit arrivée et elle a vu que j'allais quand même mieux. Et la dernière fois qu'on s'est vues on parlait de Maeva et du fait que je sois trop fusionnelle avec ma fille... On doit parler de ça avec le Dr Changeur... et le fait que je viens de perdre ma marraine au mois de mai... J'en ai besoin pour moi, j'ai pas envie de refaire une dépression... Ma famille s'inquiète ils veulent pas que je recommence comme avant... Je regrette de pas lui avoir présenté Maeva, j'ai du mal à avancer à cause de ça... Elle avait une tumeur et elle nous l'avait pas dit... Elle m'avait dit que c'était pas un cancer, qu'elle allait se faire opérer... Ça a été un grand choc...

**Vous étiez d'accord pour ce suivi dans le post partum ?
Si non pourquoi ?**

Mme L : [Silence]

Comment vous avez vécu la visite de la pédopsychiatre après votre accouchement ?

Mme L : C'était prévu en fait qu'elle vienne après l'accouchement...

Pour voir comment vous alliez ?

Mme L : Oui

Comment vous vous sentiez ?

Mme L : Je pensais que ça irait mal mais le fait de m'occuper de ma fille ça m'occupait l'esprit. J'étais heureuse... Je voulais plus la lâcher... Même la nuit elle dormait avec moi.

J'ai pas trop aimé la maternité, ils venaient pas souvent me voir...

J'étais dans un autre couloir et j'étais la seule maman avec un bébé.

Il y avait des personnages âgés avec moi...

Il fallait que je me lève la nuit pour aller dans la nurserie changer Maeva...

Je me sentais abandonnée parce qu'ils venaient pas beaucoup me voir...

Vous les avez interpellés ?

Mme L : Non... Ils étaient dans le couloir C, là où il y avait les bureaux...

Si au début ils venaient plus souvent parce que j'allaitais mais après ils venaient plus en fait...

Même mon compagnon l'a remarqué... Surtout j'étais dans une grande chambre avec deux lits et j'étais seule... Pour Jennifer j'étais avec une autre dame... on discutait au moins, je trouvais le temps moins long... J'avais envie de partir à la maison. Heureusement que ma mère venait l'après midi...

Et le père ?

Mme L : Il venait pas trop l'après midi parce qu'il y avait ma mère. Il venait le soir en fait.

Pour Jennifer il était là du midi jusqu'au soir et il restait après le repas.

Mais là aussi il y avait le fait que c'était difficile d'aller à la maternité...

Il venait avec le parrain de ma fille et comme ça il restait pas trop longtemps, 30 minutes et il repartait. Je lui disais « tu viens pas beaucoup » et c'était dur...

Ma mère venait tous les jours parce que c'est elle qui s'occupait de Jennifer. Elle venait tous les jours voir sa sœur.

La père de Maeva travaillait ?

Mme L : Non mais c'était prévu que Jennifer passe une semaine en vacances chez sa grand-

mère. La journée il avait des choses à faire parce qu'il manquait beaucoup de choses pour Maeva. Il courait beaucoup il avait pas de temps pour Jennifer.

Comment Jennifer a vécu tout ça ?

Mme L : Au début c'était l'angoisse pour elle... Quand je suis partie elle a beaucoup pleuré... J'ai pas eu le temps de lui faire un bisou et de la rassurer. Le lendemain elle voulait venir... elle voulait acheter un cadeau pour sa sœur... Elle est très turbulente, au bout de 10 minutes dans la chambre elle en avait marre... Ma mère l'a gardé 15 jours pour que j'arrive à me reposer et qu'on prenne nos repères tous les trois... Et avec elle ça aurait pas été possible... Et j'avais repris l'allaitement... j'étais fatiguée...

Au début j'ai essayé d'allaiter mais Maeva voulait pas prendre le sein... On avait beau la mettre... Et puis avec l'épuisement j'en avais marre... j'ai arrêté à la maternité...

Après j'ai regretté mon choix... je l'avais pas fait avec Jennifer et je voulais le faire avec mon dernier... Je l'ai vécu comme un échec... Après j'ai demandé à mon médecin si je pouvais recommencer et j'ai pu reprendre à la maison... Elle avait grandi c'était plus facile.

Au début elle perdait du poids à la maternité ça me faisait peur... Je préférais arrêter et passer au biberon pour qu'elle reprenne tout son poids. Au début elle restait 3 à 4h sur le sein elle s'endormait dessus... La puéricultrice m'a dit que c'était trop long... Mais moi j'étais bien le soir avec Maeva.

La puéricultrice venait souvent ?

Mme L : Au début toute la semaine.

Comment était votre moral ?

Mme L : C'était mieux quand j'ai repris l'allaitement.

Comment s'est organisé le suivi après la Maternité ?

Mme L : J'ai vu Mme Vallet deux fois seule... C'était plus simple pour moi...

Et Mme Changeur je lui ai demandé de l'aide pour Jennifer parce qu'elle prenait le dessus, c'était compliqué. Quand je suis venu au CMPEA c'était tout de suite après la maternité.

Il fallait surtout aider Jennifer... Pour parler de notre relation... On s'est éloignées...

Quand Jennifer demande de l'attention je trouve des excuses pour m'occuper de Maeva.

J'ai pas envie de la laisser tomber, qu'elle se sente abandonnée mais je m'occupe plus du tout

d'elle depuis qu'il y a Maeva.

C'est moi qui ai demandé la TISF à la maison après l'accouchement.

Avant j'aimais pas ça parce que mon fils il est placé. Et j'ai une éducatrice pour Jennifer alors qu'avant j'en voulais pas... Mais maintenant, pour que Maeva soit bien à la maison... Parce qu'on crie beaucoup... Mon copain était pas d'accord avec ça.

Pour Jennifer à la maternité on m'avait proposé tout ça, la TISF, l'assistante sociale parce que mon fils était placé et on avait dit non... Mais là j'ai vu qu'on s'en sortait plus je voulais que ça change...

A l'époque on vous avez proposé de rencontrer le pédopsychiatre ?

Mme L : Non, il y avait pas besoin, j'allais très bien...

J'étais heureuse d'avoir ma fille, c'était ma première fille.

Et j'avais peur qu'on la place déjà aussi, je refusais tout

Pour Jennifer je l'ai annoncé qu'à 6/7 mois de grossesse à l'éducatrice, j'avais peur de l'ASE.

Pour Maeva je l'ai dit plus vite, j'étais plus sereine.

Pourquoi avez vous accepté le suivi cette fois ci ?

Mme L : Parce que je me sentais mal... et j'avais toujours peur de l'ASE.

J'étais en dépression, j'avais peur qu'on me l'enlève

J'avais confiance en la SF de PMI, elle m'a rassurée.

J'en aurais pas parlé à la maternité.

Aviez vous des attentes particulières concernant les soins ?

Soutient à la parentalité

Prendre du plaisir dans les soins à l'enfant

Se sentir rassurée ?

Mme L : Je voulais qu'on m'aide pour ma relation avec Jennifer...

Deuxième entretien

Êtes vous satisfaite de la prise en charge ? Avez vous eu l'impression d'avoir reçu un soutien suffisant de la part des équipes soignantes ?

Mme L_: Oui... et puis c'est vrai que depuis le décès de ma marraine il y a quelques semaines, je suis pas bien, je pleure tout le temps... Quand Maeva me sourit j'ai envie de pleurer... Mon copain s'en occupe tout le temps. Jennifer j'arrive pas à lui lire une histoire sans pleurer... elle comprend pas... je lui dit non j'y arrive pas... Elle voit que je suis vraiment pas bien... je mangeais pas le soir... (sa voix se casse) Jennifer elle en profite, elle sait que j'ai pas envie de crier, j'ai pas la force... Je la laisse faire tout ce qu'elle veut... Mais si je recommence à lâcher ce sera foutu... C'est Maeva qui me remontait le moral avec ses sourires... Ma famille me dit qu'il fallait pas que je regrette pour ma marraine, qu'elle m'aurait pas laissé venir avec Maeva... Ça me fait du bien que ma famille s'occupe de moi. J'allais toujours chez ma marraine dormir les week-ends en vacance. J'ai pu revoir mes cousins, j'ai passé du temps avec eux.

Pouvez me dire ce que les soins vont ont apporté ?

Mme L : La grand-mère de mon copain c'était un cocon. Depuis le décès des frères de mon copain, on se réunit plus... La mère de mon copain est décédé il y a 5 ans en juillet. Je l'ai connue une semaine après qu'il ait enterré sa mère et puis un des frère est décédé un mois après. Et le dernier frère il y a un ans... Je me sens seule... J'ai besoin de venir parler, d'écouter... ça fait du bien.

Le suivi vous convenait ou vous auriez souhaité des consultations plus rapprochées ou une hospitalisation ?

Mme L : Non ça allait, le trajet était difficile jusqu'à la maternité je n'aurais pas pu venir plus...Jennifer avait besoin de moi à la maison...

Vous auriez souhaité qu'on puisse venir à domicile ?

Mme L : Non je préférais en lieu neutre... Certains jours mon copain travaillait pas et ça aurait été plus difficile devant lui...

Comment va Maeva ?

Mme L: Elle fait 4kg 800 pour 5 mois c'est pas beaucoup..La puéricultrice passe beaucoup... Pourtant elle mange bien... C'est encore une petite crevette... Je me rends pas compte elle aura 5 mois demain...

Comment vous l'aviez imaginée ?

Mme L : Je l'avais pas imaginée... Les gens disent qu'elle ressemble beaucoup à sa sœur.
Je la voyais pas aussi petite en tout cas.

Parlez de moi de votre relation avec Maeva ?

Mme L : Mon compagnon a du mal à s'approcher parce que je veux tout faire avec elle... Le bain, la couche c'est moi aussi... C'est le fait que j'ai eu une grossesse difficile... c'est plus fort entre nous.

Vous vous sentiez comment à l'arrivée de Maeva ?

Mme L : Avec le traitement ça allait beaucoup mieux... et j'avais hâte qu'elle arrive...
Je pensais pas qu'elle arriverait le jour de Noël... Quand j'ai su que c'était elle qui arrivait j'étais hyper heureuse, la-grand mère de mon copain et mon copain sont restés avec moi à l'hôpital... ça faisait du bien d'avoir la famille avec moi... On mangeait dans la famille de mon copain quand c'est arrivé... Ce jour là on a stressé tous... Il y avait des trucs que je savais pas trop... j'ai perdu le bouchon muqueux et il y avait du sang... Ça m'était pas arrivé pour les deux autres... J'ai cru que je la perdais... On a tous eu peur... et j'ai appelé ma mère en pleurs... et elle était invitée dans la famille de son copain aussi... elle est venue en urgence à l'hôpital... J'ai compris dans la voiture avec les contractions...
Ma valise était pas prête... on n'avait pas choisi les prénoms...

Vous aviez hâte qu'elle arrive mais vous n'étiez pas encore prête ?

Mme L : On n'était pas d'accord sur les prénoms.... Je voulais absolument Maeva et lui voulait Noémie... Et euh c'est vrai que jusqu'à temps qu'on rentre en salle d'accouchement je paniquais, je disais à mon copain il faut choisir un prénom maintenant... et on savait toujours pas... on était perdus... Tout est allé tellement vite que mon copain pensait rentrer à la maison et quand on a dit d'aller en salle d'accouchement on était paniqués... Quand ils l'ont posée sur nous, il a dit Maeva... J'étais paniquée, je lui disais elle est sortie on donne quel prénom ? et il a dit Maeva... Donc j'étais hyper fière c'était le prénom que je voulais depuis le début...

Pourquoi Maeva ?

Mme L : C'est que j'ai regardé sur internet et quand on regardait les prénoms des filles j'ai direct accroché sur ce prénom là... On m'a dit après l'accouchement que ça voulait dire bienvenue...

Ma mère m'a dit en riant « oui elle était bienvenue là »...

Comment s'est passé l'accouchement ?

Mme L : Je me rappelle pas bien... Au début je voulais rien et la douleur était tellement forte et elle poussait tellement fort que j'ai demandé le masque... Du coup j'ai pas pu aller en salle nature... Et je me rappelle de rien... A la fin ils l'ont posée sur moi je crois mais pas longtemps... Elle se refroidissait vite et je me rappelle qu'elle avait des hématomes au niveau du visage, elle était bleue...

Elle parle en souriant, n'exprime pas d'inquiétude ou de détresse.

C'est elle qui est sortie hyper vite... Comme une fusée.

C'était très rapide, elle est sortie vite et la SF l'a rattrapée au dernier moment parce qu'elle glissait... comme elle est sortie trop vite elle s'est tapé dans mes parois. et elle avait des bleus et des vaisseaux des yeux qui avaient explosés aussi... Elle devenait toute froide et je m'inquiétais beaucoup... Il y a une dame de la néonatalogie qui est venue mais c'était rien d'inquiétant... Ils l'ont remise sur moi... Elle était tellement petite qu'ils pensaient qu'elle était prématuré... qu'ils s'étaient trompés de terme. Mais quand ils l'ont pesé ça allait...

Je me suis sentie un peu coupable après elle devait faire 3 kg... Je l'ai faite arriver plus tôt... (*Mme L est en train de sourire*).

C'est un bébé comment ?

Mme L : Très calme, elle veut pas se retourner sur le ventre... Elle bouge pas, elle fait rien c'est la petite mémère, tranquille...

Elle pleure énormément le matin quand elle a faim et la journée on l'entend jamais.

Jennifer à deux mois elle se retournait déjà...

Elle fait beaucoup de sourire à n'importe qui... dès qu'on la regarde.

Dès la naissance elle faisait déjà des sourires, dès le matin. Donc moi je suis très heureuse

Heureusement que j'ai Maeva, c'est grâce à elle que je suis pas tombée plus profond...

Maintenant je suis trop collée à elle...

Je laisse pas faire le papa... alors qu'il s'occupait de Jennifer petite. J' avais repris le travail très tôt.

Je la garde pour moi... je lui donne encore le sein matin et soir.

Je peux pas la laisser, dès qu'elle pleure je vais direct me lever.

Jennifer c'était différent je m'en occupais beaucoup moins... Je travaillais et je sortais tous les

week-ends, je la voyais peu... J'ai repris le travail quand elle avait 6 mois. C'est le papa qui s'en occupait.

Stéphane je l'ai jamais eu à dormir à la maison... Jennifer c'était un peu la première... Je voulais encore profiter de mes amis. Rester à la maison à rien faire j'aimais pas avec Jennifer, je m'ennuyais... Je pouvais pas rester calme.

Y a t il quelque chose que je ne vous ai pas demandé et qui m'aiderait à mieux comprendre ce que vous avez ressenti pendant les soins ?

Mme L : Non, j'ai pu tout raconter.

Annexe N°4 Formulaire d'information et de consentement

Le Docteur ANCELIN Chloé, Interne en psychiatrie m'a proposé de participer à son travail de thèse sur le vécu des soins psychiques durant la grossesse et le Post Partum.

Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et bien compris les informations suivantes :

Nous nous intéressons aux vécu des soins psychiques par les mères pendant la grossesse et durant le Post Partum, à leur organisation émotionnelle et leurs interactions mère-enfants ainsi qu'au développement du bébé. Nous souhaitons vous rencontrer afin de mieux comprendre ce que vous avez ressenti avant et après la naissance de votre bébé et qu'elle a été votre vécu des soins.

Cette étude à pour but :

- de recueillir le témoignage des patientes afin de connaître leurs attentes des soins et pouvoir adapter au mieux la prise en charge.

- De discuter ensemble des ressources et des fragilités de l'interaction mère/enfant afin de réfléchir au meilleur étayage possible.

- d'améliorer nos connaissances sur l'impact des soins dans le début de la relation mère bébé

Elle sera constituée de différentes étapes :

- deux entretiens « semi structurés » sous la forme d'un échange qui aborderont le vécu des soins pendant la grossesse et dans le post partum.

Votre participation à cette étude est basée sur le volontariat. Vous êtes libres de l'interrompre à tout moment, et de refuser de répondre à l'une ou plusieurs des questions qui vous seront proposées. Il n'y a aucun risque particulier qui puisse survenir au cours de cette étude. Toutes les informations et données recueillies resteront confidentielles et ne seront

*disponibles que pour vous, pour le Dr Ancelin et éventuellement le médecin de votre choix.
Les informations obtenues par questionnaires seront enregistrées anonymement, aucun nom
n'apparaîtra sur les fichiers informatiques ou dans la thèse.*

Après en avoir discuté et avoir obtenu réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche décrite ci dessus. Je suis parfaitement consciente que je peux retirer à tout moment mon consentement à ma participation à cette recherche et cela quelles que soient mes raisons et sans supporter aucune responsabilité.

Fait à

Le

L'investigateur :

Personne donnant le consentement :

Ancelin Chloé

Nom, prénom :

Signature :

Signature :

NOM : ANCELIN

PRENOM : Chloé

Titre de la thèse

**VECU DES SOINS PSYCHIQUES PAR LES MERES
BORDERLINE DANS LE POST PARTUM**

Résumé

Introduction : Les patientes souffrant du trouble de la personnalité borderline peuvent être en difficulté dans l'accès à la parentalité et la relation avec leur bébé. Les distorsions interactives augmentent le risque d'apparition de difficultés psychiques pour l'enfant au cours de son développement psycho-affectif. Ces patientes adhèrent peu au suivi pédopsychiatrique et l'accompagnement de ces patientes peut être complexe pour les soignants.

Objectif : Ce travail exploratoire vient interroger le vécu des soins dans le post-partum des mères borderline afin de pacifier la rencontre de ces mères avec les soins psychiques.

Matériel et Méthode : Deux entretiens semi structurés d'une heure ont été proposé aux patientes borderline rencontrées sur la maternité. Une enquête auprès des médecins généralistes a été associée à ce travail.

Résultats : Les patientes expriment un besoin de réassurance et de validation de la part des soignants. Une écoute bienveillante et sans jugement de leur vécu semble leur permettre de se sentir contenues par les soignants. L'enquête auprès des médecins généralistes nous ouvre plusieurs perspectives notamment du côté de la prévention.

Conclusion : Ces résultats sont discutés et mis en correspondance avec ceux de la littérature. Ils ouvrent des pistes de réflexion sur l'organisation des soins et la prévention.

Mots-clés : Personnalité borderline, état limite, vécu des soins, post-partum, grossesse



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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 !

