

L'ECRIT

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly-Lausanne

Numéro 1

septembre 1996

La psychose puerpérale et l'hospitalisation conjointe mère/enfant : questionnement infirmier

Sylviane Boillat

Marianne Miserez

Sylvie Dondon

Jérôme Pedroletti

Jean-Michel Kaision

Anne-Violaine Shooner

Tarja Koivula

«A chaque naissance, quelque chose d'uniquement neuf arrive au monde »

- H. Arendt

INTRODUCTION

Depuis quelques années, dans le cadre mensuel des « Mercredis infirmiers », il est proposé à la réflexion un débat clinique ayant déjà eu pour thèmes :

- La dimension ethnopsychiatrique de la pratique infirmière
- Prise en charge pluridisciplinaire des patients anorexiques
- Compte-rendu d'un colloque en Grande-Bretagne sur la schizophrénie...

La fonction de tels colloques est de répondre à plusieurs objectifs :

- Restaurer le témoignage comme fondement nécessaire du débat clinique
- Construire à terme un savoir infirmier qui se doit de répondre à la question de son objet ainsi que de son expression
- Associer le personnel infirmier à un travail de recherche qui n'est encore, sur le plan collectif, qu'à l'état potentiel
- Enrichir, sous notre égide, la pluridisciplinarité, par la confrontation à partir des difficultés particulières que les patients nous obligent à gérer.

Celui du mois de mars a abordé le thème des patientes atteintes des pathologies du post-partum ; il avait été préparé par un groupe de travail de sept personnes (y compris une physiothérapeute, habituée des prises en charge mère-enfant).

Après discussions autour des meilleurs moyens de mettre en valeur cette expérience singulière, qui se caractérise pour les infirmiers, moins par un diagnostic médical que par la présence en division, à côté de la maman, d'un bébé, nous nous sommes accordés pour :

- la présentation de deux vignettes cliniques (l'une en division ouverte, l'autre en division fermée),
- le témoignage de la Physiothérapeute,
- la demande du concours de la Dresse Corboz ; Médecin-Associé au Centre d'Etude de la Famille (CEF) régulièrement consultée quant à la systémique de ces familles en difficulté),
- enfin la présence d'un Modérateur, acceptée par le Dr Bryois, Médecin-Associé du service B.

Quarante collègues (trente femmes et dix hommes) ont suivi les exposés et le débat final. L'intérêt que cela a suscité nous motive pour en transcrire quelques éléments, non dans la répétition, mais plutôt dans une réflexion qui se poursuit autour des moments, des données critiques que pose inévitablement cette double prise en charge dans un temps qui dépasse de beaucoup des échéances moyennes des hospitalisations actuelles.

UNE PRISE EN CHARGE MARGINALE ?

Une parturiente sur mille est atteinte d'une pathologie du Post-partum; nous traitons à Cery deux à quatre patientes annuellement pour ces maladies ; nous pouvons signaler que les années pendant lesquelles la Dresse Corboz s'est intéressée à ce sujet, elle a dénombré à peu près treize cas par an, ce qui laisse tout de même à penser que ces pathologies sont parfois méconnues ou plutôt sont répertoriées, selon le DSM 3 et la CIM 10, sous d'autres syndromes, particulièrement ceux de la dépression majeure (voire la mélancolie), ou de la schizophrénie ;

50% des troubles apparaissent lors du premier accouchement,
50% des patients ont des antécédents de troubles de l'humeur,
5% des patients sont victimes de suicide, 4% risquent l'infanticide.

L'étiologie reste tributaire des différentes écoles et recouvre donc l'ensemble du champ psychiatrique à savoir sur le versant biologique, les problèmes hormonaux liés à ce moment singulier de la maternité, les complications néonatales, sur le versant psychique, le stress particulier attaché à l'expérience même de l'accouchement, la confrontation avec un être vivant, issu de soi, mais dont la patiente ne sait si elle doit en avoir peur l'ignorer s'en occuper et comment ?

L'histoire des générations est, à cet instant prolongé, tout à fait significative : inscription des femmes dans l'histoire familiale, inscription des accouchements, fausses-couches, avortements dans l'histoire des femmes (mère, grand-mère...). Le paradoxe, introduit par le Dr Bryois, est de passer une matinée à réfléchir sur un sujet qui ne nous concerne que dans une partie quasi-infime de notre pratique. C'est cela qu'il nous faut éclairer parce que, peut-être, cela met en relief, dans des conditions particulières, notre position infirmière par rapport aux patients.

« Pater incertus, Mater certissima » (proverbe latin)

Cette évidence transcrite dans ce proverbe, d'une impossibilité pour le père de se situer dans un continuum biologique avec son enfant, accompagnée pour en accentuer le fossé, par le rappel quasi-ontologique de cette position inattaquable de la mère dans les linéaments de la gestation du bébé : autrement appelé instinct maternel ; c'est ce cliché que les pathologies du post-partum viennent radicalement remettre sur le chantier. La notion, somme tout très récente du « Baby-Blues », vient à bon escient nous rappeler que la clinique, en tant qu'elle semble interroger l'exception, modifie fondamentalement les conditions de débat autour de ce que chacun se complaît à désigner comme la normalité qu'ici viendrait définir à priori la mère comme la « Bonne Mère ».

Si un vent dominant, consécutif des mouvements de libération de la femme, post-soixante-huitard, laisse à croire que les enfants profitent d'une présence monoparentale, maternelle, sans conséquence significative sur le développement, les psychoses puerpérales sont là pour pointer au plus clair et cela dès l'origine, que la femme n'est, pas plus que l'homme, un être naturel, mais bien un sujet inscrit, à sa façon propre, dans un univers de sens. A ce titre, si cela défaille, la maternité que les liges de vertu s'acharnent à nous présenter comme le nec plus ultra de la naturalité, se transformera en un cauchemar, un délire et parfois à un infanticide (au moins fantasmé).

Ce à quoi l'équipe, dans toutes ses composantes, est confrontée, est évidemment une mère en détresse, un enfant menacé, un homme, le plus souvent terrorisé devant les enjeux vitaux qu'il a sans préparation à augurer et l'angoisse que la situation continue d'emmener son épouse le long de rivages solitaires où il risque de la perdre.

Nous essayerons d'évoquer, à partir des quatre éléments de ce réseau, les difficultés majeures, mais aussi les plaisirs qu'il y a à accompagner une famille dans cette inauguration gravement compromise qu'est cette naissance-catastrophe pour la parturiente.

DE LA FEMME A LA MERE

Lors d'une hospitalisation en situation de Post-partum, plusieurs cas de figure déterminent la suite de la prise en charge.

On peut se trouver dans une situation de crise où la patiente n'est pas assez bien pour prendre une décision et où il faut décider pour elle, de l'hospitalisation (d'office) et du traitement qui va être mis en place pour elle avec ou sans le bébé.

Dans cette situation la patiente se trouvera plutôt en division fermée. La question se pose alors s'il est judicieux de faire venir l'enfant à ce moment là ou si la priorité est posée sur l'état psychique de la mère. Qu'implique en tant que stress, la présence de l'enfant auprès d'elle ? Que risque-t-elle ? Pourquoi faire venir l'enfant ? Quels sont les risques pour lui ?

Il peut s'agir également d'une hospitalisation volontaire où la patiente prend la décision de venir à l'hôpital et où il est d'entrée décidé par toutes les parties que le bébé accompagnera sa mère tout au long de la prise de soins en division ouverte.

Selon le milieu et les circonstances dans lesquels se passe l'admission - ouvert ou fermé - volontaire ou non - la relation équipe soignante/patiente sera différente et aura plus ou moins de peine à s'établir en confiance. Quels sont les moyens pour maintenir ou établir la relation d'aide dans ces circonstances ? Comment peut-on aider quelqu'un qui ne demande pas d'aide ? Comment va-t-elle pouvoir nous faire confiance, que pourrait-elle faire de son bébé ?

Toutes ces questions restent présentes et il y aura un jeu de négociations-évaluations permanentes entre la mère et l'équipe soignante.

Est-elle apte à progresser ?

Sont-ils capables de m'aider ? Qui sont les parents ?

UN BEBE EN DIVISION

La présence d'un bébé en division implique certaines répercussions sur l'entourage direct, à savoir prioritairement, les autres patients. Leurs réactions peuvent être très diverses, mais nous observons qu'ils se sentent, d'une façon ou d'une autre, concernés par cette situation nouvelle.

Nous pouvons réfléchir et évoquer quelques sentiments, interrogations ou appréhensions que ce bébé peut susciter en eux, notamment :

- quelle place ont-ils encore dans la division ?
- sentiments de jalousie ? de bienveillance ?
- interrogations de leur part sur nos réelles capacités à s'occuper d'un bébé ?
- interrogations face au grand investissement de la part des soignants pour quelqu'un qu'ils ne voient pas, ou très peu, ce qui est susceptible de nourrir en eux tous les fantasmes possibles.
- réassurance pour eux-mêmes : malgré leurs difficultés, il est possible de vivre une maternité.

Sur la base de ces quelques réflexions, nous nous interrogeons sur la nécessité d'une présentation aux patients de cette nouvelle situation lorsque la mère et l'enfant arrivent dans le service.

Une autre répercussion importante concerne la prise en charge elle-même : généralement le suivi d'un «post-partum» est confié à deux infirmiers(ères) référents(es) pour permettre une continuité optimale des soins.

UNE FAMILLE DISQUALIFIEE

En reprenant ce qui a été abordé dans le paragraphe précédent, nous aimerions pousser plus loin l'analyse sur ce qui se vit au sein de la famille et les questions que cela peut poser.

Nous observons que les pères se montrent « surcompétent » afin de pallier aux déficits de la mère, ce qui nous demande parfois de les inciter à un réajustement pour qu'ils laissent à cette mère son espace, au risque d'un désinvestissement de sa part où elle ne trouverait plus sa place, qui déjà se situe sur un équilibre fragile...

- Comment expliquer à la mère le comportement d'un mari qui la disqualifie ?
- Quelle place donner à l'homme et pas seulement au rôle de père ?
- Quelles angoisses vit le père par rapport aux dangers que risque son enfant ?
- Quelle place donner aux grands-parents et comment gérer les conflits transgénérationnels qui se réactivent souvent dans ce type de situation ?

Il nous paraît essentiel de favoriser une communication constante à l'intérieur du couple pour leur permettre de nommer leurs difficultés et nous donner la possibilité d'être à l'écoute de leurs besoins.

UNE EQUIPE INTERROGEE

Beaucoup de questions et de moments remontent à la surface lorsqu'une équipe doit accueillir une mère et son bébé dans son service. Les enjeux sont grands. Quelle vie est en danger ? Celle de la patiente ? Du bébé ? De la famille ? Et serons-nous capables d'assumer cette responsabilité ? Pourquoi cette question ressort-elle particulièrement fortement lors d'un suivi comme celui-ci ? Ne sommes nous pas responsables de tous nos patients quelle que soit leur pathologie ?

Les difficultés se situent le plus souvent sur des divergences de points de vue où le caractère, la sensibilité, l'expérience d'une maternité déjà vécue peuvent orienter différemment la prise en charge infirmière.

A cela s'ajoute le cas de figure où l'un des référents est un homme ; quelle place doit-il prendre en tant que représentant masculin, associé très souvent à l'image du père de l'enfant par la mère.

Le risque pouvant se situer par une triangulation qui mettrait le père à l'écart. Ce cas de figure est assez rare, car nous constatons que le plus souvent les références sont spontanément prises par des femmes.

En tant qu'infirmier(ère), être référent dans une situation semblable implique un investissement très important et ceci doit être pris en compte lors du choix des intervenants. Combien seront-ils ? Hommes ou femmes ? Quelle est la place du reste de l'équipe dans le processus de soins ? Il est un fait que ceux-ci devront assumer davantage de charge de travail en ce qui concerne les autres patients. Ceci posera-t-il des problèmes ?

Il existe peu de recours théoriques quant au travail infirmier dans cette situation et les questions soulevées dans ce texte pourront peut-être nous aider à trouver une orientation à nos attitudes.

L'hospitalisation conjointe mère-enfant a cela d'unique : c'est un moment non renouvelable d'une histoire. Quand bien même la maman serait à nouveau hospitalisée, cela serait sans son enfant. Leur départ est l'aboutissement d'une prise en soins : c'est une satisfaction affective et professionnelle rare, inscrite dans le sentiment d'une *terminaison*, le sentiment que quelque chose a pris fin et qu'une autre chose peut désormais commencer.

CONCLUSION

Limiter la pratique des soins infirmiers à des gestes, des tâches occulte tragiquement la dynamique relationnelle des soins qui est de permettre à une personne soignée de retrouver à une parole *singulière*.

On comprend combien l'analyse est essentielle, combien l'exercice de la réflexion, combien toutes les tentatives de compréhension sont constitutifs des soins en psychiatrie. L'humilité doit y avoir encore sa place... que dire du débat éthique.

Traduire la complexité des soins est sans doute chose délicate. Ecrire cette même complexité relève de l'improbable.

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE

- P. Rosfelter : « **Bébé Blues, la naissance d'une mère** ». Calman-Lévy, 1992.
- P.C. Racamier : « **La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum** ». Evolution psychiatrique, 1961, T26, p. 525->570.
- S. Lebovici : « **Le nourrisson, la mère et le psychanalyste** ». Le Centurion, 1983.
- Boris Cyrulnik : « **Les nourritures affectives** ».
- D. Masson, E. Fivaz, Cioma : « **Expérience d'hospitalisation conjointe mère-enfant dans un centre de traitement de jour pour adultes** ». Archives suisses de neurologie..., 1977, 120.
- Jonquière-Wickmann : « **Les psychoses du post-partum** ». Archives suisses de neurologie..., 1981, 128 1, 105-149.