

DELORDRE Coralie

Directeur de mémoire : Mme. Dumitrescu

**UE 5.6 : Analyse de la qualité et traitement des données
scientifiques et professionnelles :**

**« L'amour de la mère envers l'enfant est aussi important pour sa
santé mentale que le sont les vitamines et les protéines pour sa
santé physique »¹**

IFSI Théodore Simon

Session 1 : 23 janvier 2017

Soutenant orale le 14 juin 2017

-
- ¹ LEMAY, Michel. LEMAY, Michel. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant, Le développement infantile*. Toulouse : Edition érès, 2014. ISBN : 978-2-7492-4062-6. P. 117.

« Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur ».

Remerciements :

Je voudrais d'abord remercier toutes les personnes qui ont été là pour moi durant ces trois ans d'études et qui m'ont accompagnée jusqu'ici :

Ma directrice de mémoire, pour ses conseils, sa disponibilité et son plaisir à m'aider sur mon travail de recherche.

Ma référente pédagogique, qui a été là durant les trois ans pour nous aider et nous guider dans cette formation.

Les professionnels de santé qui m'ont accueillie en stage de psychiatrie et qui m'ont fait comprendre et aimer la psychiatrie.

Mes amis de la promotion 2014-2017 avec qui j'ai pu passer ces trois années et qui ont fait de ces trois ans un plaisir au quotidien.

Et enfin, ma belle-mère, sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Merci pour toutes les heures passées à relire mes travaux durant ces trois ans et pour ses corrections.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Situation d'appel + question de départ	2
3. Cadre théorique	5
3.1. La dyade mère-enfant	5
3.1.1. La maternalité	5
3.1.2. La maternité	7
3.1.3. L'attachement	8
3.1.3.1. L'attachement du côté de la mère	8
3.1.3.2. L'attachement du côté du nouveau-né	9
3.1.3.2.1. Le développement psychomoteur du nouveau-né... 9	
3.1.3.2.2. Le processus d'attachement	10
3.2. La mère schizophrène	11
3.2.1. La schizophrénie	11
3.2.1.1. Définition	11
3.2.1.2. Epidémiologie	12
3.2.1.3. Symptomatologie	12
3.2.1.4. Diagnostic clinique	13
3.2.1.5. Evolution	13
3.2.2. Prise en charge de la schizophrénie	13
3.2.3. L'impact de la pathologie sur le lien mère-enfant	14
3.2.4. Les structures	14
3.3. L'accompagnement infirmier en hôpital psychiatrique	16
3.3.1. L'infirmier en psychiatrie	16
3.3.2. L'accompagnement infirmier	17

3.3.3. Droit des patients en hôpital psychiatrique	17
4. Enquête exploratoire	19
4.1. Présentation de l'enquête	19
4.1.1. L'outil	19
4.1.2. Population interrogée et lieu d'enquête	20
4.1.3. Déroulement de l'enquête et limites	21
4.2. Présentation des principaux résultats	22
4.3. Confrontation du cadre de référence avec l'enquête.....	28
4.3.1. L'accompagnement	28
4.3.1.1. L'accompagnement pendant la grossesse	28
4.3.1.2. L'accompagnement après l'accouchement	28
4.3.2. La communication	29
4.3.2.1. L'écoute	30
4.3.2.2. La valorisation	30
4.3.3. Le travail pluridisciplinaire	31
5. Problématique	33
6. Conclusion.....	36
Bibliographie	38

Annexe

1. Introduction

Le thème : le lien mère-enfant chez les patientes schizophrènes, est un thème que j'ai pu voir lors de deux de mes stages. La première fois lors de mon stage en maternité et ensuite durant mon stage en psychiatrie. Au cours de mon stage en maternité cette situation ne m'avait pas particulièrement interpellée. Cependant lorsque j'ai revécu cette situation en psychiatrie je me suis rappelée de cette patiente en maternité. C'est à ce moment que j'ai pu me questionner sur ces deux situations. Cette situation m'a interpellée car je n'avais jamais réfléchi à cette possibilité et je n'avais jamais pensé aux faits que les patientes en psychiatrie puissent être enceintes. La deuxième chose qui m'a étonné était le lien que la patiente de psychiatrie avait avec son enfant. Je me suis donc demandé comment cela était possible au vue de l'hospitalisation de la patiente et du placement de son enfant. Ce thème m'est donc venu naturellement. J'ai donc voulu en savoir plus sur le rôle que l'infirmière avait dans la relation qu'une mère schizophrène peut avoir avec son enfant.

Suite à ma question de départ, plusieurs champs disciplinaires me sont apparus. Tout d'abord la compétence 6 « *communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins* », dans cette situation, la communication avec la patiente est primordiale. Le deuxième champ disciplinaire qui me paraît important est l'unité d'enseignement 4.2 « *Soins relationnels* ».

En dehors de la communication, l'unité d'enseignement importante dans cette situation est l'unité 2.6 « *processus psychopathologique* ». Ce champ disciplinaire nous en apprend davantage sur la schizophrénie.

Le dernier champ disciplinaire que j'ai pu retenir est l'unité d'enseignement 1.1 « *psychologie, sociologie, anthropologie* ». Cette unité nous informe sur la création de la relation mère enfant.

Dans un premier temps je présenterai ma situation d'appel ainsi que ma question de départ. Dans un second temps, j'aborderai les divers thèmes à travers le cadre théorique. Puis je

détaillera mon enquête exploratoire. Suite à mon cadre théorique et à mes enquêtes exploratoires, je poserai une problématique.

Pour finir, je conclurai mon Travail de Fin d'Etude où j'incorporerai des pistes réflexives suite à la problématique posée et je mettrai en lien ce TFE avec mon futur professionnel.

2. Situation d'appel + question de départ

La situation se déroule au cours de mon stage du semestre 3 du 26 octobre 2015 au 15 janvier 2016, dans un service de psychiatrie, en secteur fermé, de la région Parisienne.

Cette situation concerne Madame.P âgée de 38 ans, célibataire. Elle est hospitalisée en Soins Psychiatriques Libres (SPL) depuis le 23 juin 2015 pour troubles graves du comportement alimentaire, elle présente un discours désorganisé chargé de propos délirants et angoisse majeure. Le médecin diagnostiquera une schizophrénie paranoïde.

Madame P. était suivie dans un autre hôpital entre 1996 et 2006 en Seine-Saint-Denis. Le 05.05.2006, première hospitalisation de Madame.P à l'âge de 28 ans pour troubles du comportement avec syndrome dissociatif à mécanisme interprétative et hallucinatoire. Elle présente aussi des troubles de la pensée (barrages, rupture). La patiente sera autorisée à sortir le 14.06.2006. Madame.P a ensuite fait de multiples hospitalisations pour troubles psychotiques évoluant depuis plusieurs années avec une mauvaise observance de son traitement. De plus, une dépendance aux opiacés s'est installée. Entre les hospitalisations, elle est suivie au CMP de son secteur.

Cette hospitalisation est la 26^{ème}. A son arrivée la patiente est extrêmement angoissée, tendue, confuse par moment, tient des propos délirants flous et polymorphes à thématique multiple de persécution et préjudice, avec des préoccupations morbides et des éléments dépressifs voir mélancoliformes. Madame.P a une angoisse majeure qui désorganise sa vie psychique et relationnelle.

Dans les jours qui ont suivi, la patiente semblait apeurée, traquée et tracassée par des préoccupations délirantes floues, passe du coq à l'âne (discours désorganisé).

A ce jour, nette diminution du syndrome dissociatif, discours plus structuré. Cependant il y a une persistance des hallucinations auditives.

Madame P. a un fils de 4 ans (25/02/2011) né par césarienne, qui se nomme Axel. Lors de l'annonce de sa grossesse, elle voulait avorter, mais elle abandonna cette idée lors de la première échographie lorsqu'elle entendit le cœur de son bébé.

Puis, elle a voulu accoucher sous X mais elle voulait garder un lien avec son fils. Madame P. a donc accouché de son enfant mais elle a voulu qu'il soit placé en famille d'accueil car elle était consciente qu'elle ne pouvait pas s'occuper de lui.

Les médecins ont approuvé cette idée suite aux multiples hospitalisations de la jeune mère et à ses troubles persistants. Néanmoins, Madame.P a signé un acte de reconnaissance pour pouvoir garder un lien avec Axel et avoir le droit aux visites régulières. Au cours de sa grossesse elle a eu une forte activité hallucinatoire. À ce jour, elle ne l'a pas vu depuis 6 mois néanmoins elle garde contact avec lui au travers des lettres et des coups de téléphone grâce aux infirmières qui ont pour objectif de maintenir la relation mère enfant. Le père n'est pas présent dans la vie de Madame P. et de son fils.

Arrivé à la période de Noël, le psychiatre propose à la patiente d'être accompagnée par un soignant jusqu'à Auxerre pour voir son fils. Après le rendez-vous je vois Madame P. de plus en plus heureuse et lui demande quelle est la raison de cet état d'esprit. Elle me répond en souriant : « *Je vais sûrement aller voir mon fils, je suis donc très heureuse* ».

Le psychiatre nous a donc demandé d'accompagner Madame.P en ville pour observer son comportement dans la société, voir si elle est capable d'être autonome et pour la rassurer en cas d'angoisse.

Un rendez-vous a donc été pris avec la patiente pour sortir aux centres commerciaux.

Suite à la sortie l'infirmière nous dit que Madame P. était inquiète durant l'après-midi car elle semblait vouloir que tout soit parfait pour son fils. La patiente voulait des avis sur les vêtements qu'elle allait porter, les cadeaux qu'elle allait lui offrir.

Cette attitude nous permet de supposer que Madame P. porte un grand intérêt à son fils. Elle nous avoue aussi : « *Je ne veux pas le décevoir, je ne le vois déjà pas beaucoup* ».

Les jours qui ont précédé la visite chez son fils, Madame P. ne faisait que répéter de manière très joyeuse qu'elle allait le voir, elle se promenait avec une photo de son fils et la montrait fièrement à tous les autres patients. Cet excès de joie cache-t-il une angoisse profonde de la mère ?

La veille, Madame P. était très angoissée et me dit : « *Je ne peux pas y aller, ce n'est pas possible, ce n'est pas assez bien pour lui* ». À ce moment la patiente nous parle de ce qu'elle a acheté pour Axel.

Mon rôle a donc été de la rassurer comme je le pouvais, je lui ai rappelé les cadeaux qu'elle lui avait achetés en lui disant que son fils serait très content.

Je lui ai aussi rappelé les vêtements qu'elle avait achetés exprès pour cette occasion. Cela l'a un peu rassurée et enfin je lui ai précisé qu'elle ne serait pas seule, Mélanie (l'infirmière) l'accompagnerait pour cette visite, qu'elle n'avait donc pas à s'en faire.

Le voyage à Auxerre s'est donc déroulé le 15 décembre 2015, Madame P. et Mélanie sont parties aux environs de 6h30 et sont revenues le soir aux alentours de 21H.

Mélanie nous a fait ses transmissions, en nous disant que cette après-midi s'était très bien passée. Le comportement de Madame P était adapté à cette situation et elle prenait son rôle de mère très à cœur.

Elle nous a dit ensuite que Madame P. a joué avec son fils toute l'après-midi, qu'elle lui a préparé son goûter et qu'ils ont dessiné ensemble. Pendant toute l'après-midi, la mère et son fils ont ri ensemble, se sont fait des câlins. L'infirmière nous a aussi précisé que c'était grâce à la patiente qu'elle avait pu trouver le chemin car elle l'avait guidée de la gare à la famille d'accueil de son fils. Mélanie a pu prendre des photos durant cette après-midi qu'elle a ensuite transmises à Madame P. Durant cette journée, l'infirmière a accompagné Madame.P de l'hôpital psychiatrique à la famille d'accueil à Auxerre. Mélanie a observé le comportement de Madame.P, ses réactions, ses actions vis-à-vis de son fils. Elle a aussi pu voir les ressources qu'elle mettait en place pour rejoindre son fils malgré ses troubles.

Le rôle de l'infirmier est donc d'accompagner la patiente, mais elle doit aussi observer le comportement de la patiente et voir les manifestations de ses troubles s'il y a. L'infirmière va évaluer le comportement de la patiente. Cette évaluation va permettre aux psychiatres de prendre des décisions relatives aux prochaines visites.

Grâce à cette évaluation, le psychiatre décidera d'accorder une visite par mois à Madame.P, où elle pourra se rendre seule à Auxerre.

Les jours qui ont suivi, la patiente était très heureuse et montrait ses photos à l'équipe soignante et aux autres patients. Elle m'a aussi annoncé que la psychiatre la laisserait

sûrement aller voir son fils une fois par mois toute seule, étant donné que la visite s'était très bien déroulée.

Question de départ :

Quel accompagnement l'infirmier en hôpital psychiatrique doit-il mettre en place pour maintenir la relation mère-enfant chez une patiente schizophrène ?

3. Cadre théorique

Dans le cadre de référence j'ai choisi de m'interroger sur la dyade mère-enfant, puis sur la mère schizophrène et enfin sur l'infirmier en psychiatrie.

3.1. La dyade mère-enfant

3.1.1. La maternalité

Le concept de maternalité apparaît en 1961 grâce à au psychiatre Racamier. Ce concept apparaît grâce à ses observations durant la grossesse et/ou durant le post-partum. Il observe des comportements/manifestations qu'il ne considère pas comme pathologique mais comme des « *manifestations psychologiques transitoires* »².

La maternalité désigne un processus psychoaffectif de la femme, qui s'effectue durant la grossesse ou durant la maternité.

C'est « *l'ensemble de remaniement psychologiques qui se développe chez une femme lorsqu'elle devient mère.* »³. C'est un processus qui est en constante évolution.

D'après le psychiatre Stoleru, « *la maternalité d'un sujet est constituée de l'ensemble organisé de ses représentations mentales, de ses affects, de ses désirs et de ses comportements en relation avec l'enfant, que celui soit à l'état de projet, attendu, ou déjà né...* »⁴

²PROIA-LELOUEY, Nadine ; SCHVAN, Catherine. *Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation. Cahiers de psychologie clinique[en ligne].* 2011,n° 37, p. 165-179.[Consulté le 31/03/2017].

³BAYLE, Benoit. *Ma mère est schizophrène* [format électronique]. Toulouse : Erès, 2012. P.7

⁴NEYRAND, Gérard. *La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation* , *Recherches familiales* [en ligne]. 4^{ème} édition. Union nationale des associations familiales (UNAF), 2007. p.75.

La femme devient mère grâce à des processus psychiques qui se font plus ou moins consciemment. Son futur enfant va devenir « un enfant imaginaire », la mère va se l'imaginer physiquement grâce aux mouvements du bébé, aux sensations qu'il va lui procurer.

Grâce à ces manifestations la grossesse va pouvoir devenir concrète et le lien affectif va pouvoir commencer à se former.

Au cours de la grossesse la future mère schizophrène a tendance à ne pas suivre ses consultations, ni son suivi anténatale, elle va donc réapparaître « *en pleine décompensation confusionnelle et délirante* » peu de temps avant l'accouchement ou quelques mois après l'accouchement.⁵

Pour les patientes schizophrènes la maternité n'est souvent pas vécue comme les femmes sans trouble psychotique. La maternité va être différente selon le degré dans la psychose :

- La future mère peut se savoir enceinte pour autant pour elle n'attend pas d'enfant
- Il peut ne pas y avoir « *d'enfant imaginaire* », l'enfant n'est donc pas réel pour la mère
- La patiente schizophrène peut voir son futur bébé comme une maladie

Ou au contraire, la patiente peut investir totalement sa grossesse et attendre son enfant.

Il ne faut pas confondre le concept de maternité et celui de maternité. La maternité désigne une réalité intérieure alors que la maternité est une réalité extérieure, le monde extérieur voit que vous qu'une femme est enceinte.⁶

3.1.2. La maternité

La maternité est définie comme « *le fait de mettre un enfant au monde, qualité de mère* »⁷.

Elle est une partie intégrale de la culture et elle est en évolution continue.

Au jour d'aujourd'hui, la maternité est dans la majorité des cas choisie, ce qui n'était pas le cas dans les époques précédentes : « *La fonction biologique est désormais le fruit d'une*

⁵BAYLE, Benoit. *Ma mère est schizophrène* [format électronique]. Toulouse : Erès, 2012. P.5

⁶DUPRE, Camille. *Les poupées Russes, ou l'identité de mère en construction*. Mémoire. Paris : Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site Pitié-Salpêtrière, 2013.

⁷Larousse [en ligne]. [Consulté le 30/03/2017].

décision : ce n'est plus une reproduction passive, c'est une procréation humaine où interviennent la raison, l'affectivité. Auparavant les femmes n'avaient pas le droit de refuser une naissance. »⁸.

D'après une étude, 48% des femmes schizophrènes ont déjà eu un enfant et 23% pensaient avoir un enfant dans les cinq ans.

Durant la grossesse, les patientes ont tendance à être stabilisées. Cependant, on retrouve « *une période de grande vulnérabilité* »⁹ après l'accouchement avec des décompensations, des dépressions post-partum etc.

3.1.3. L'attachement

Le psychiatre britannique Bowlby, est le premier à s'intéresser à la relation mère-enfant. La théorie de l'attachement sera fondée par celui-ci dans les années 1960.

L'attachement est défini comme un lien affectif qui unit deux personnes.

La création du lien mère-enfant commence dès la grossesse et va évoluer tout au long de la vie de l'enfant et de la mère.

3.1.3.1. L'attachement du côté de la mère

L'attachement de la mère se fait de façon naturelle après « *un élan affectif primaire et naturelle* ».¹⁰ La mère va répondre aux besoins de son bébé au bon moment, cela va avoir une conséquence sur le processus d'attachement, qui a déjà débuté durant la grossesse.

Pour Winnicott (pédiatre et psychiatre), la mère a besoin d'être « *suffisamment bonne* »¹¹. Durant les premiers jours de grossesse, la mère va développer « *une préoccupation maternelle primaire* ». Elle va s'adapter aux besoins de son enfant et à l'évolution de ses besoins.

Ceci se fait grâce à trois concepts, que Winnicott a développés :

⁸KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris : Presses Universitaires de France, 2000. ISBN : 2 13 0504256.

⁹BAYLE, Benoît. *Ma mère est schizophrène* [format électronique]. Toulouse : Erès, 2012. P.4

¹⁰DUPRE, Camille. *Les poupées Russes ou l'identité de mère en construction*. Mémoire. Paris : Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site Pitié-Salpêtrière, 2013.

¹¹WINNICOTT, Donald. *La mère suffisamment bonne*. 3^{ème} édition. Paris : Payot, 2006. ISBN : 2228901164

- « *Le Holding* »¹² : « *maintient* ». La mère va protéger l'enfant contre les dangers physiques. Elle va apporter une sécurité à l'enfant et donc le rassurer.
- « *Le Handling* » : « *maniement* ». Ce terme représente les soins de la vie quotidienne (donner le biberon, faire le bain) et les soins affectifs (les câlins, les bisous), ils vont regrouper tout ce qui est du toucher. Ces soins vont permettre de satisfaire les besoins du nouveau-né et donc permettre de développer l'attachement.
- « *L'objet presenting* » : la mère va présenter à son bébé des objets environnants au bon moment. Grâce à cela le bébé va pouvoir prendre conscience du monde extérieur et il va se différencier de sa mère.

3.1.3.2. L'attachement du côté du nouveau-né

3.1.3.2.1. Le développement psychomoteur du nouveau-né

L'environnement, les relations du nouveau-né avec son entourage vont permettre le développement de l'enfant. Un environnement stimulant et sécurisant va permettre un bon développement. Au cours du 1^{er} mois, le bébé va distinguer les sons, les odeurs, distinguer les surfaces corporelles. Il va commencer à s'agripper et à fixer son regard. Cependant ses mouvements ne sont pas volontaires, ce sont des réflexes : réflexes d'agrippement, réflexes de succion etc.

Au cours du 2^{ème} mois le bébé commence à s'exprimer grâce à des pleurs, des gestes, des sourires. Il va pouvoir répondre aux sourires et aux regards.

Au cours du 3^{ème} mois les mouvements deviennent volontaires. Le bébé va être curieux de son environnement, de son propre corps.¹³

3.1.3.2.2. Le processus d'attachement

D'après Bowlby, l'attachement est un lien primaire inné chez le nouveau-né. Celui-ci se crée grâce à des comportements sociaux (pleurs, sourires, toucher...). Généralement la mère est la première personne à répondre à ces demandes, voilà pourquoi le premier lien se fait entre la mère et son nouveau-né.

Les comportements du bébé vont permettre à celui-ci de garder un contact permanent avec la mère. Bowlby décrit cinq « *patterns* »¹⁴ (comportements) qui vont permettre de maintenir

¹²LEMAY, Michel. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant, Le développement infantile*. Toulouse : Edition érès, 2014. ISBN : 978-2-7492-4062-6. P. 137-139

¹³ LANGUES, Jacques. *Mpedia* [en ligne]. [Consulté le 23/04/2017].

cette proximité : la succion, l'étreinte, les cris, le sourire et la conduite de suivre. Ces comportements vont donc favoriser le lien. Comme exemple nous pouvons citer le premier sourire, il est déclenché par le sommeil paradoxal, mais la mère va l'interpréter comme un acte relationnel.¹⁵

L'attachement se construit en quatre temps :

- De la naissance à 3 mois : le nouveau-né cherche la proximité de son entourage. Mais il n'arrive pas à différencier les personnes de son entourage
- De 3 à 6 mois : l'enfant se rapproche de sa figure d'attachement
- Jusqu'à 3 ans : l'enfant arrive à faire la distinction entre lui et sa figure d'attachement. Il devient donc sensible à l'environnement qui l'entoure.
- A partir de 3 ou 4 ans : Développement du langage et des moyens de communication. Il comprend les besoins et les intentions de son entourage. Il devient alors capable de s'éloigner de sa figure d'attachement et donc de réajuster ses attentes.¹⁶

Cependant en fonction des réponses de la mère face aux comportements de l'enfant aux différents moments de sa vie, différents attachement vont pouvoir se faire.

Mary Ainsworth caractérise trois types d'attachements :

- « *Un attachement sécure* » : l'enfant cherche sa mère et se rapproche d'elle
- « *Un attachement anxieux-évitant* » : l'enfant évite l'attachement
- « *Un attachement anxieux résistant* » : l'enfant a des comportements hyper actifs.

1718

¹⁴DUPRE, Camille. *Les poupées Russes, ou l'identité de mère en construction*. Mémoire. Paris : Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie Site Pitié-Salpêtrière, 2013.

¹⁵CYRULNIK, Boris. *Le lien d'attachement chez l'enfant*. *Journal des professionnels de la petite enfance*. 2014, n°89, p. 10-11

¹⁶JUNIER, Héloïse. *S'attacher un besoin vital*. *Science Humaine*. 2013, n°32, p. 38-41

¹⁷BLAISE, Pierrehumbert et CYRULNIK, Boris. *Les théories de l'attachement*. *Journal des professionnels de la petite enfance*. 2015, n°95, p. 58-65

¹⁸LEMAY, Michel. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant, Le développement infantile*. Toulouse : Edition érès, 2014. ISBN : 978-2-7492-4062-6. P. 125-126

L'attachement va avoir une conséquence sur les relations sociales futures de l'enfant. Un sentiment de sécurité dès la naissance va lui permettre une meilleure intégration sociale car il se sentira en sécurité aussi avec le monde extérieur.

3.2. La mère schizophrène

3.2.1. La schizophrénie

Les premières descriptions de la schizophrénie sont apparues au XIXème par le psychiatre Philippe Pinel, cependant il ne donne jamais le même nom à cette maladie. Il faudra attendre 1911 pour qu'un psychiatre donne le nom « *schizophrénie* »¹⁹ à cette pathologie. Ce nom vient du grec, « *schizo* » qui signifie se séparer et « *phrên* » qui signifie l'esprit.

3.2.1.1. Définition

La schizophrénie est définie comme : « *une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente, entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et parfois un repli autistique* ».²⁰

3.2.1.2. Epidémiologie

La schizophrénie touche en moyenne 0.7% de la population mondiale. En France environ 600 000 personnes sont atteintes de cette maladie. La prévalence se situe entre 15 et 25 ans. On remarque autant de femme que d'homme touchés par cette pathologie.²¹

L'étiologie de la schizophrénie reste méconnue. Cependant il y a des hypothèses sur un potentiel facteur familial.

3.2.1.3. Symptomatologie

¹⁹ RIOUX, Alain. *Psycho-ressources* [en ligne]. 2011. [Consulté le 29/03/2017].

²⁰ COURS IFSI. *Infirmier.com* [en ligne]. 22/12/2011. [Consulté le 29/03/2017].

²¹ MERKLING, Jacky. *La réponse du psy* [en ligne]. [Consulté le 14/10/2016].

Les symptômes de la schizophrénie sont : le délire, les hallucinations, la désorganisation de la pensée, une déficience intellectuelle et une diminution des fonctions normales (absence de réponse émotionnelle, diminution du plaisir et diminution de la motivation).²²

3.2.1.4. Diagnostic clinique

Selon le DSM-IV-TR, le diagnostic de la schizophrénie se fait grâce à plusieurs critères. On retrouve :

- Une chronicité des troubles (supérieure à 6 mois)
- « un net dysfonctionnement social ou des activités »²³
- Des symptômes caractéristiques (idée délirante, hallucination, discours désorganisés, comportement désorganisé ou catatonique et des symptômes négatifs). On doit retrouver au minimum deux symptômes.
- « une exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur »²⁴
- La schizophrénie « n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale »²⁵
- Présence d'hallucination ou d'idée délirante si un diagnostic de trouble autistique avait été posé précédemment.

On retrouve quatre types de schizophrénie dont l'évolution est différente : la schizophrénie de type paranoïde, la schizophrénie hétérotypique, la schizophrénie dysthymique et la schizophrénie pseudo psychopathique.²⁶

3.2.1.5. Evolution

²² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR : Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux*. 4^{ème} édition. : Masson, 2000.

²³ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR : Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux*. 4^{ème} édition. : Masson, 2000. P. 345

²⁴ CERCLE D'EXCELLENCE SUR LES PSYCHOSES [en ligne]. [Consulté le 01/05/2017]

²⁵ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR : Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux*. 4^{ème} édition. : Masson, 2000. P. 345

²⁶ SENECHAL. *Les psychoses*. Cours IFSI Théodore Simon UE 2.6. Neuilly-Sur-Marne : Novembre 2016.

Il y a trois évolutions possibles pour cette pathologie. Dans 50% des cas, la patiente alterne des périodes de crise et de rémission. Dans 25% des cas, la personne est constamment délirante et dans 25% des cas la personne reste stable constamment.

3.2.2. Prise en charge de la schizophrénie

La prise en charge dépend de chaque patient et de la diversité de leurs symptômes. Étant donné que la cause de cette pathologie n'est pas connue, le traitement est essentiellement symptomatique pour permettre une stabilité des manifestations.

Différents types de traitements sont mis en place en fonction des symptômes :

- Les antipsychotiques : ils atténuent les symptômes et diminuent le taux de rechute. Ils vont permettre une réinsertion sociale. Beaucoup de schizophrènes sont en déni de la pathologie, il y a donc un fort risque de non-observance. Il y a donc une évaluation de la prise du traitement pour éviter une rechute.
- La psychanalyse : elle a pour but d'apporter aux patients un soutien, de renforcer ses défenses et de l'aider à prendre conscience de ses idées délirantes, en ne les niant pas et en ne les confirmant pas.
- La psychothérapie de soutien et d'accompagnement qui est basée sur une relation de confiance. Elle va permettre l'observance du traitement.²⁷
- Des thérapies cognitivo-comportementales : elles ont pour but d'éviter l'isolement social et la désocialisation.²⁸
- La sociothérapie : ces mesures vont permettre une réinsertion sociale.

3.2.3. L'impact de la pathologie sur le lien mère-enfant

La maternité peut provoquer une aggravation de la pathologie mentale. En effet, les traitements doivent dans la plupart des cas être changés pour ne pas nuire au bébé, ce qui provoque des décompensations.

Les traitements présentent toujours un risque sur le développement de l'enfant, ce qui augmente le risque de prématurité.

²⁷ SENECHAL. *Les psychoses*. Cours IFSI Théodore Simon UE 2.6. Neuilly-Sur-Marne : Novembre 2016.

²⁸ KREBS, Marie-Odile. *Schizophrénie* [en ligne]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. [Consulté le 26/03/2017].

Mais les signes de la grossesse peuvent aussi accentuer les troubles de la patiente (angoisse de morcellement, délire paranoïaque sur l'enfant).

Dans 46% des cas, les patientes schizoéphrènes feront un déni de grossesse alors qu'il n'est que de 2% dans la population.

La première relation que l'enfant a avec ses parents va définir son développement futur et sa personnalité. La maternité chez les femmes souffrant de psychoses va donc questionner les professionnels sur le devenir de l'enfant.

Des troubles du développement peuvent donc s'observer dans la sphère affective, sociale et comportementale, dans la sphère cognitive et toutes ces sphères vont avoir un impact dans le processus d'attachement.

Un des symptômes de la schizoéphrénie est le repli sur soi (syndrome autistique), cette manifestation va provoquer une diminution des émotions, une difficulté à établir un contact avec autrui et donc une difficulté pour la mère à répondre aux signaux du nouveau-né.

Les moments de délire, de repli sur soi, d'agressivité vont perturber le processus d'attachement qui doit se faire grâce à la succion, aux étreintes, aux cris, au sourire et à la conduite de suivre. La mère ne va pas pouvoir répondre correctement aux attentes du bébé et donc celui-ci ne sera pas comment interpréter ces signes. Le bébé va donc entrer dans un « *attachement insécure* » ou « *désorganisé* », ce qui apporte un risque pour leur développement futur. Les enfants peuvent aussi ressentir de la confusion ou de la peur face aux symptômes de leur mère, ce qui va rendre plus difficile la création du lien mère-enfant. Toutes ces caractéristiques de la maladie vont donc entraver la relation qu'une mère peut avoir avec son bébé.

3.2.4. Les structures

Dans 39% des cas, les enfants seront élevés par leur mère schizoéphrène jusqu'à leurs 3 ans. Cependant dans 50% des cas les mères ne peuvent pas s'occuper de leur enfant sur du long terme.

Les enfants seront donc placés en pouponnière, en internat ou en famille d'accueil. Les mères quant à elles seront hospitalisées en service de psychiatrie générale.²⁹

²⁹ FOUQUE, Hélène. Troubles psychiques maternels et développement des enfants. *Vocation Sage-femme*. 2014, n°106, p. 9-18.

Dans quelques cas, les mères pourront rester avec leur bébé, ils seront donc hospitalisés soit en unité mère-bébé psychiatrie soit en foyer maternel.³⁰

3.3.L'accompagnement infirmier en hôpital psychiatrique

3.3.1. L'infirmier en psychiatrie

La profession d'infirmier est réglementée, reconnue et autorisée par un diplôme d'état qui s'acquiert au bout de trois ans de formation dans une école spécialisée. Les actes de l'infirmier sont réglementés par le décret du 29 juillet 2004 relevant du code de la santé publique. Le diplôme permet une polyvalence de l'infirmier.³¹

Les actes de l'infirmier en psychiatrie sont réglementés par le décret de compétence n°2002-194 du 11 février 2002. Ce décret vient légitimer les actes infirmiers mais il pose les limites d'exercice de l'infirmier en psychiatrie.³²

« Les soins ont pour objet :

- de protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé ou l'autonomie des fonctions vitales de la personne,
- de concourir aux méthodes et à l'établissement du diagnostic,
- de favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnes dans leur cadre de vie habituel ou nouveau »³³

Les actions de l'infirmier sont divisées dans différents pôles : le pôle vie quotidienne (accueil, repas, accompagnement), le pôle du cadre (règlement, l'isolement, les contrats de soin), le pôle psychothérapie classique (les divers entretiens), le pôle d'activité spécifique

³⁰ DEKKICHE, Marion. *Enfants de mères schizophrènes : Quel devenir et quelles prises en charge ?*. Mémoire. Strasbourg : Ecole de sages-femmes de Strasbourg, 2013.

³¹MERKLING, Jacky. *La réponse du psy* [en ligne]. [Consulté le 14/10/2016].

³² MORASZ, L ; PERRIN-NIQUET, A et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes de soin en psychiatrie*. Paris : Masson, 2004. ISBN : 2-294-00653-4. p. 129

³³ CARBOU,N ; GUEUDRY, V. et al. *Serpsy* [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017].

(ergothérapie, activité thérapeutique), le pôle somatique (administration de traitement, soin de nursing, éducation et prévention) et le pôle institutionnel (synthèses, transmissions).³⁴

Les soins infirmiers en psychiatrie reposent sur des soins relationnels, éducatifs. Cela va se faire à travers l'écoute du patient, la compréhension, la disponibilité, l'observation et surtout par un respect du patient et de sa pathologie. On retrouve aussi des soins somatiques, comme l'administration de traitement, la surveillance clinique de ces traitements etc.

3.3.2. L'accompagnement infirmier

L'accompagnement est un concept qui a été créé pour le champ des soins palliatifs. Au fil des années il a évolué dans différents domaines d'activité, professionnelles ou non : santé, social, éducation.

D'après le glossaire n°3 de la terminologie des soins infirmiers, l'accompagnement est « *une démarche de soutien thérapeutique fondée sur une relation soignant-soigné et qui assure la continuité des soins en liaison avec l'environnement social. L'accompagnement inclut l'écoute et l'aide apportée dans des champs interdisciplinaires, en fonction des étapes de la vie. Il se caractérise par l'investissement d'un individu mobilisant des ressources vers des individus en besoin ou en état d'apprenance.* »³⁵

L'accompagnement des patients se retrouve dans divers services hospitaliers. Il est intégré dans les projets de soins, dans la continuité des soins et dans l'éducation thérapeutique. En psychiatrie par exemple, il va pouvoir permettre la réinsertion sociale, la réassurance, l'autonomisation dans la vie extérieure de l'hôpital etc.

3.3.3. Droit des patients en hôpital psychiatrique (intra-hospitalier)

L'hospitalisation en soins psychiatriques est très réglementée du fait qu'elle peut se faire sans le consentement du patient, ce qui représente une privation des libertés. Elles sont donc très encadrées pour ne pas atteindre aux droits des patients hospitalisés.

Dans cette situation nous voyons que Mme.P fait l'objet de soins psychiatriques sous soins libres (SL). D'après l'article L3211-2 du Code de la Santé Publique « *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en*

³⁴MORASZ, L ; PERRIN-NIQUET, A et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : les grands principes de soin en psychiatrie.* Paris : Masson, 2004. ISBN : 2-294-00653-4. p. 131

³⁵ PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts de la relation soignant-soigné.* Noisy-Le-Grand : SETES édition, 2013. ISBN : 979-10-91515-09-2. p.3-4

*soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnues aux malades soignés pour une autre cause. ».*³⁶

Dans cette situation Axel est placé en famille d'accueil depuis sa naissance. D'après l'article 375 du Code civil, « *Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des pères et mères conjointement, ou de l'un des deux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel. La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse, lorsqu'il s'agit d'une mesure éducative exercée par un service ou une institution, excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée. ».*³⁷

De plus, nous savons que Mme.P a des autorisations de sorties régulières pour aller voir son fils malgré le placement de celui-ci. Donc d'après l'article 3211-11-1 « *Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de [l'article 706-135](#) du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée :*

1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de [l'article L. 1111-6](#) du présent code, pendant toute la durée de la sortie ;

*2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures. ».*³⁸

³⁶ Article L3211-2 du 5 juillet 2011 du Code de la Santé Publique relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatrique [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017].

³⁷ Article 375 du 14 mars 2016 du Code Civil relative à l'autorité parentale [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017].

³⁸ Article L3211-11-1 du 26 janvier 2016 du Code de la Santé Publique relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017].

4. Enquête exploratoire

4.1. Présentation de l'enquête

4.1.1. L'outil

Dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de fin d'étude, j'ai choisi d'utiliser des entretiens semi-directifs. L'entretien semi-directif a pour but de recueillir des informations en centrant les questions sur un thème précis. Cependant, les questions restent ouvertes pour permettre à l'infirmier d'apporter des précisions, des détails et des ressentis.

La guide d'entretien³⁹ a pour but de poser des questions précises, qui m'apporteront des réponses significatives pour mon sujet, tout en laissant la possibilité aux infirmières de détailler et d'ouvrir sur un sujet qui leur semblerait important.

J'ai construit mon guide à partir de 9 questions.

Une question va me permettre d'en savoir un peu plus sur les infirmières, notamment sur leur expérience professionnelle ou sur les formations qu'elles ont pu recevoir.

Deux questions portent sur la schizophrénie. Ces questions vont me permettre de voir la différence possible dans la relation mère-enfant entre une mère schizophrène et une mère qui n'a pas de pathologie psychiatrique.

Deux questions vont porter sur la dyade mère-enfant en psychiatrie, chez des patientes souffrant de schizophrénie.

Trois questions seront ciblées sur l'accompagnement infirmier. À travers ces questions j'espère en apprendre davantage sur l'accompagnement qui est mis en place pour maintenir le lien maternel entre la mère et le bébé durant l'hospitalisation de celle-ci. Elles ont aussi pour

³⁹ Annexe 1, guide d'entretien

but de voir les contraintes durant cet accompagnement et de comparer les accompagnements entre différentes structures.

4.1.2. Population interrogée et lieu d'enquête

Dans cette enquête j'ai choisi d'interroger cinq infirmières.

- Trois infirmières travaillant en service de psychiatrie en intra-hospitalier.

La première infirmière interrogée s'appelle Sandra. Elle a un diplôme d'infirmière de secteur de psychiatrie et travaille en psychiatrie générale depuis 26 ans

La deuxième infirmière se nomme Marie. Elle travaille en psychiatrie depuis qu'elle est diplômée, c'est-à-dire depuis 14 ans.

Enfin la dernière infirmière du service interrogée s'appelle Livia. Elle travaille aussi en psychiatrie depuis son diplôme en 1998 (19 ans).

Sandra, Marie et Livia travaillent dans le même service de psychiatrie en intra-hospitalier.

- Deux infirmières travaillant en unité mère enfant psychiatrique.

Rita est la quatrième infirmière interrogée. Elle travaille dans ce service depuis son diplôme d'infirmière, c'est-à-dire depuis 7ans.

Et la dernière infirmière interrogée est Marine. Elle a travaillé 5 ans en service de réanimation et de chirurgie des enfants brûlés avant de passer son diplôme de puéricultrice. Elle a ensuite intégré l'unité mère-bébé psychiatrique à la suite de son diplôme de puéricultrice en 2013 (4 ans).

Rita et Marine travaillent dans le même service également.

On peut voir que toutes les infirmières ont eu des formations complémentaires en plus de leur diplôme, que ce soit sur la psychiatrie (pour Sandra, Marie et Livia), sur l'éthique/ la

déontologie (Marie et Livia) et sur le toucher massage (Marine). Il n'y a pas de donnée pour Rita concernant les formations.

L'hôpital psychiatrique accueille des patients présentant tous types de pathologies psychiatriques alors que l'unité mère-enfant accueille conjointement des jeunes mères souffrant de troubles psychiatriques avec leurs bébés.

Je pourrais ainsi comparer l'accompagnement des infirmiers dans les différents services ainsi que les ressources et les difficultés de chaque service.

4.1.3. Déroulement de l'enquête et limites

Le premier entretien que j'ai réalisé s'est déroulé dans un service de psychiatrie générale en intra-hospitalier. Pour avoir cet entretien je suis passée par la cadre du service étant donné que j'avais réalisé mon stage dans ce service. L'infirmière du service (Sandra) m'a ensuite accueillie au sein du service, puis nous avons réalisé l'entretien dans un bureau. Cet entretien a duré environ vingt minutes. À la fin de celui-ci, Sandra m'a programmé un deuxième et un troisième entretien avec d'autre infirmière.

Le deuxième entretien s'est déroulé au sein du même service que le précédent. L'entretien s'est déroulé dans la salle de pause du personnel soignant. Il y avait deux infirmières du service (Marie et Morgane) et moi-même. Durant cet entretien, j'ai interrogé Marie mais Morgane a pu m'apporter des éléments complémentaires à certaines questions. L'entretien a duré environ quarante minutes.

Le troisième entretien s'est fait dans le même service que les entretiens précédents. L'entretien s'est fait dans un bureau, il n'y avait que l'infirmière questionnée et moi. L'entretien a duré une vingtaine de minutes.

Pour avoir les deux autres entretiens suivant je suis passée par la cadre. J'ai tout d'abord envoyé une lettre puis j'ai rappelé le service. Lors de l'appel, la cadre m'a fixé deux rendez-vous avec deux infirmières. Pour les deux entretiens j'étais dans un bureau seule avec l'infirmière. Cependant, nous avons été interrompues à plusieurs reprises durant les deux entretiens.

L'entretien avec Rita a duré une dizaine de minutes. L'entretien avec Marine a duré une trentaine de minute.

4.2. Présentation des principaux résultats

J'ai choisi de présenter les réponses des professionnelles question par question.

Quelles pathologies prenez-vous en charge au sein de votre service ?

Sandra, Marie et Livia travaillent en intra-hospitalier elles prennent donc en charge les mêmes pathologies : schizophrénie, troubles bipolaires, les conduites addictives. Marie nous donne quelques pathologies que Sandra et Livia n'ont pas citées comme : les dépressions, les hystéries, les mélancoliques.

Rita et Marine travaillent aussi dans le même service. Les patients pris en charge dans l'unité mère-bébé psychiatrie sont des mères souffrantes de pathologies psychiatriques comme : des dépressions, des schizophrènes, des troubles bipolaires, des sevrages. L'unité prend en charge des patients dont la pathologie est antérieure à la grossesse mais aussi des pathologies qui se sont développées au cours de la grossesse.

Que vous évoque le lien mère-enfant ?

Pour Marie et Marine, le lien mère-enfant est un lien qui va se construire durant la grossesse, dès le désir de grossesse alors que pour Sandra il va se construire dans les premiers jours de vie du bébé.

Pour Sandra et Marie, c'est un lien « *très important* »⁴⁰, « *lien puissant* »⁴¹ et « *indéfectible* »⁴².

⁴⁰ Annexe 2, 1.15-16

⁴¹ Annexe 3, 1.15

⁴² Annexe 3, 1.15

Pour Sandra et pour Marine, ce lien va permettre à l'enfant de se construire psychiquement ou au contraire, « *se déconstruit* »⁴³.

Rita définit le lien mère enfant comme une relation entre une mère et son bébé, ça va être un lien affectueux, un lien maternel.

Marine a décrit le lien un peu en profondeur. Pour elle c'est un lien qui se crée in-vivo grâce au toucher, au sens (du côté de la mère), la mère va pouvoir imaginer l'enfant ce qu'on appelle « *l'enfant imaginaire* »⁴⁴. Du côté du bébé, ce lien va se construire in-vivo grâce au ressenti qu'il a de sa mère.

Marie nous précise que ce lien va être présent malgré les psychoses, elle nous précise que dans sa carrière dans seulement un cas de figure elle n'a pas vu ce lien.

Pour Livia, ce lien va d'abord se faire par la prise de conscience de la grossesse. On va pouvoir observer le lien dans l'investissement de la mère dans sa grossesse.

Les différences de réponses peuvent être dues aux histoires personnelles de chaque infirmière mais aussi aux situations qu'elles ont pu rencontrer lors de leurs expériences.

Quel est le parcours (histoire) d'une mère schizophrène de l'annonce de la grossesse jusqu'à la prise en charge actuelle ?

Dans cette question on peut voir que les réponses des infirmières ne sont pas identiques mais que néanmoins elles se complètent. On peut noter une différence entre les réponses des infirmières.

Pour Sandra, l'annonce de la grossesse est souvent tardif (plusieurs mois), après l'annonce, le médecin psychiatre va adapter le traitement (risque tératogène pour l'enfant), le changement de traitement va provoquer des compensations. On peut voir aussi apparaître des nouvelles manifestations de la pathologie. Suite à cela il va falloir accompagner la mère à la maternité avant et pendant l'accouchement tout en maintenant des temps d'écoute et d'explication sur le

⁴³ Annexe 2, l.15

⁴⁴ Annexe 6, l.24-25

déroulement de la grossesse. Ensuite l'équipe va mettre en place un projet de devenir pour l'enfant et enfin ils vont accompagner la mère voir son enfant pour maintenir le lien.

Pour Marie au contraire la patiente va être très stable durant sa grossesse, l'accompagnement sera le même avant et après la grossesse que pour Sandra.

Cependant elle nous explique que les mères schizophrènes sont souvent conscientes qu'elles ne peuvent pas garder leur enfant auprès d'elles, et elle rajoute que durant les visites elles essaient d'avoir un comportement adapté à l'enfant. Pour elle aussi il y a un grand travail d'écoute de valorisation.

La réponse de Livia regroupe les réponses des deux infirmières précédentes.

Rita suppose qu'il y a un suivi psychiatrique avant et après la grossesse et qu'un suivi en PMI et avec des assistantes sociales est mis en place.

Enfin pour Marine, l'annonce de la grossesse est très importante car elle n'est pas perçue pareil que pour les personnes névrotiques. Le suivi anténatal est difficile à faire car les mères n'ont pas conscience du changement de leur corps. Après l'accouchement il va y avoir un temps d'observation en maternité, les infirmières remarquent souvent une discontinuité dans le lien d'attachement mais aussi une difficulté de la part de la mère à percevoir les besoins de son bébé. L'équipe de l'unité mère bébé va donc devoir travailler sur les repères et sur la corporalité du bébé pour que la mère prenne conscience des besoins personnels du bébé. L'équipe va aussi travailler sur l'étayage familial pour permettre un retour à domicile en toute sécurité. À ceci va s'ajouter la mise en place d'un suivi en CMP, en CMPP, en PMI, et par un pédopsychiatre.

Chaque réponse va être différente en fonction des situations rencontrées par les IDE lors de leur expérience professionnelle. Le fait que les services ne soient pas les mêmes va aussi avoir un rôle dans les différences.

Quelles sont les conséquences de la schizophrénie sur le lien mère-enfant ?

Pour Sandra, les conséquences vont dépendre de la mère et des manifestations de sa pathologie. Pour elle, il y a aussi des conséquences sur le type de relation que la mère peut avoir avec son enfant, « *elle peut s'adresser à son bébé comme à un ami* »⁴⁵.

⁴⁵ Annexe 2, 1.63

Cependant Sandra et Marie sont d'accord sur le fait que la mère va être adaptée devant son enfant, c'est-à-dire qu'elle va moins délirer, elle va maintenir un temps de concentration pour « *qu'elle fasse la normal* »⁴⁶.

Pour Marie et Livia, la relation mère-enfant peut aller très bien durant les premières années de l'enfant puis la mère peut décompenser à tout moment ce qui provoquera le placement de l'enfant. Livia nous précise bien que dans la plupart des cas, les enfants sont placés en famille d'accueil, en internat etc.

Pour Rita, la schizophrénie va avoir un impact sur le développement de l'enfant du fait qu'il y aura moins d'échanges verbaux, physiques ou même de toucher entre la mère et son enfant. La pathologie va aussi avoir des répercussions sur la relation que la mère peut avoir et sur l'affection qu'elle peut porter à son enfant.

Pour Marine, la mère schizophrène va avoir plus de difficultés à différencier les besoins de l'enfant de ses besoins. Il va aussi y avoir une fluctuation du lien qui peut avoir des conséquences sur le développement psychomoteur de l'enfant car cela va être déstabilisant pour l'enfant. Enfin, il va y avoir un risque physique car la mère ne se rend pas compte des capacités et des incapacités de son bébé.

Avec une mère schizophrène, quel accompagnement infirmier mettez-vous en place pour maintenir le lien mère-enfant ?

On peut voir que les accompagnements sont différents entre le service de psychiatrie et l'unité mère-bébé psychiatrique.

Pour les IDE de l'intra-hospitalier, l'accompagnement se fait d'abord par un accompagnement en pouponnière ou en lieu neutre pour que la mère puisse voir son enfant. L'accompagnement se fait avec la psychologue qui a suivi la mère durant sa grossesse. Des entretiens infirmiers vont être mis en place pour rassurer la mère, la revaloriser. Durant cet accompagnement il est important de prendre en compte la patiente comme future mère car c'est cela qui va amorcer le début du lien.

Alors que pour les infirmières de l'unité mère-bébé, l'accompagnement se fait d'abord par une évaluation des capacités de la mère et du degré de sa pathologie. Suite à ça si il y a besoin, l'infirmière va prendre le relais et va s'occuper du bébé, elle va néanmoins solliciter la

⁴⁶ Annexe 2, 1.47

mère au moment où elle est psychologiquement disponible. Durant cette période l'infirmière va pouvoir observer s'il y a déjà eu des conséquences sur le développement de l'enfant et si ou elle va travailler (sécurisation, portage) sur ses troubles pour les faire disparaître.

Et ensuite l'infirmière va observer la mère et le comportement qu'elle a pour permettre un retour à domicile. L'équipe soignante va mettre à contribution la famille de la mère pour permettre un retour à domicile sécurisé.

De quelles ressources (humaines et matérielles) disposez-vous au sein du service de psychiatrie pour accompagner ces mères dans le maintien du lien mère-enfant ?

Les ressources varient en fonction du service. On le voit bien en comparant les réponses de Sandra, Marie et Livia et de Rita avec Marine.

Pour les infirmières de psychiatrie générale, les ressources sont essentiellement humaines : psychologues, psychiatres, équipe soignante, accompagnements en fin de grossesse pour la préparation à la maternité, visites de la mère où se trouve l'enfant. Les ressources matérielles ne sont pas adaptées à la prise en charge de mère schizophrène, l'équipe adapte le matériel qu'ils ont : ligne téléphonique, baignoire, plusieurs oreillers, voiture. Pour Marie et Livia, cet accompagnement est basé sur l'écoute, la compréhension, l'attention portée.

Pour les infirmières de l'unité mère-bébé psychiatrique, les ressources sont adaptées à la prise en charge des mères schizophrènes. En ressource humaine on retrouve : la psychomotricienne, la psychologue. Rita ajoute l'équipe soignante avec les psychiatres, les internes, les infirmières, les puéricultrices, les auxiliaires puéricultrice, les aides-soignantes, les assistantes sociales, le pédopsychiatre. Et en ressources matérielles elles ont du matériel pour le développement de l'enfant psychomoteur et l'éveil de l'enfant.

Ici, on peut bien voir que la différence est due au service, qui n'est pas le même.

Quelles sont les difficultés rencontrées lors de cet accompagnement infirmier ?

On remarque que les réponses de chaque infirmières varient.

Pour Sandra, la grosse difficulté est que le service n'est pas spécialisé dans ce domaine donc ils ne savent pas forcément quoi faire.

Pour Marie, les difficultés concernent le manque de formation et de moyens, l'histoire des soignants et le ressenti face à cette patiente enceinte et l'apparition de nouvelles manifestations de la pathologie, ce qui fait que la prise en charge n'est plus la même.

Pour Livia, les difficultés sont autour de la prise de conscience de la grossesse, l'annonce de la séparation après l'accouchement, les manifestations de la pathologie ce qui peut mettre en danger la mère et le bébé.

Rita pense que les difficultés sont : la séparation de la mère et de son bébé et le manque de solution pour le devenir si la famille n'est pas présente.

Enfin, pour Marine les difficultés sont : le ressenti que l'on peut avoir de la patiente, les moments d'agressivité et la séparation mère/bébé.

On remarque que Livia, Rita et Marine nous citent la séparation comme grande difficulté de cet accompagnement.

Quelles sont les alternatives de projets que nous pouvons proposer à la dyade mère schizophrène et à son enfant pour leur devenir ?

On remarque que les réponses des IDE sont quasiment similaires, seuls quelques points diffèrent.

Sandra nous cite l'unité mère-bébé psychiatrique comme projet.

Pour Marie les projets possibles sont : les unités mère-enfant psychiatriques, l'adoption, les pouponnières, les foyers maternels, le suivi en CMP.

Pour Livia et Marine, les projets que nous pouvons proposer sont : un retour à domicile si la famille est présente avec un suivi (CMP, CMPP, CAMSP, crèche), les pouponnières, les familles d'accueil et l'adoption.

Pour finir, pour Rita les projets sont similaires : retour à domicile avec un suivi et les foyers maternels.

4.3. Synthèse et confrontation du cadre de référence avec l'enquête

Au cours de mes entretiens j'ai pu identifier trois points importants dans cette prise en charge, l'accompagnement (pendant la grossesse et après l'accouchement), la communication (l'écoute et de valorisation), le travail en pluridisciplinarité.

4.3.1. L'accompagnement

Dans mon cadre théorique j'ai pu étudier l'accompagnement. Une des questions de mon guide d'entretien portait sur l'accompagnement auprès des mères schizophrènes. On remarque que les actions citées par les infirmières lors des entretiens rejoignent le cadre théorique même si leur réponse est beaucoup plus précise. Pendant ces entretiens j'ai pu remarquer que l'accompagnement était différent pendant et après la grossesse.

4.3.1.1. L'accompagnement pendant la grossesse

L'entretien pendant la grossesse va se faire à travers des entretiens infirmiers. Le but de ces entretiens est de faire prendre conscience à la future mère qu'elle est enceinte. Grâce à cette prise de conscience le lien mère-enfant va pouvoir être amorcé. Ce lien va pouvoir commencer à se faire grâce à d'autres actions, comme le fait d'accompagner la mère au suivi anténatal, aux petites attentions portées par l'équipe à la mère (coussin, installation, repas etc.). Les infirmières vont aussi accompagner les mères pour acheter les vêtements et le matériel pour le futur bébé. Pour une des infirmières la prise de conscience se fait surtout au moment de fin de grossesse, quand la mère doit choisir le prénom du bébé, ou qu'elle doit faire le trousseau pour la maternité. Cet accompagnement va donc être important pour la prise de conscience et donc pour le futur lien mère-enfant.

4.3.1.2. L'accompagnement après l'accouchement

Au cours de mes entretiens j'ai pu voir que l'accompagnement infirmier serait différent en fonction du service. Tout d'abord, en service de psychiatrie générale il va reposer essentiellement sur l'accompagnement des mères dans la structure où est son bébé (pouponnières, famille d'accueil etc.).

L'équipe va aussi revaloriser la mère pour qu'elle puisse prendre conscience de son rôle de mère et qu'elle puisse avoir confiance en elle. Toutes ces actions vont permettre à la mère de s'occuper de son bébé du mieux possible lors des visites. Les trois infirmières de psychiatrie générale sont d'accord sur le fait que les mères schizophrènes ont un comportement adapté lors des visites même si cela est dur pour elle.

En unité mère-bébé psychiatrique l'accompagnement va se faire différemment. L'équipe soignante va d'abord avoir un rôle d'observation, on voit bien que ce point rejoint les actions

de l'infirmière en psychiatrie. L'équipe va donc observer et évaluer le degré de la pathologie de la mère et donc ses capacités à s'occuper de son bébé. S'il y a besoin l'infirmière puéricultrice a la possibilité de prendre le relais, en effectuant les soins au bébé. Cependant, elle sollicitera la mère dès que celle-ci sera apte. Durant ce relais l'infirmière va aussi observer le comportement du nouveau-né pour évaluer si des troubles sont déjà présents. L'équipe soignante a pour but que la mère s'occupe de son bébé en autonomie et un retour à domicile. Pour permettre ce retour à domicile l'équipe va donc devoir intégrer la famille de la mère à la prise en charge.

4.3.2. La communication

La communication n'est pas un concept qui faisait partie de mon cadre théorique. Pour autant, c'est un concept qui est revenu dans tous mes entretiens. Il m'a donc paru important de le développer. Au cours des entretiens deux critères de la communication sont revenus plusieurs fois : l'écoute et la valorisation.

La communication est « *l'ensemble des processus physiques et psychologiques par le quel s'effectue l'opération de mise en relation d'une ou plusieurs personnes en vue d'atteindre certains objectifs. La communication est donc l'action de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un.* »⁴⁷.

4.3.2.1. L'écoute

Dans les entretiens nous avons pu voir que les infirmières mettent souvent en place des moments d'écoute auprès de la patiente. Ils vont permettre à la patiente de verbaliser ce qu'elle ressent.

« Ecouter signifie être capable de recevoir/ recueillir ce que l'autre veut nous dire, au niveau et avec l'intention qui est la sienne de permettre l'émergence de ce qu'il a du mal à dire, de respecter ce qu'il veut peut être voiler, cacher ou retenir. »⁴⁸

L'écoute se fait grâce à cinq niveaux :

- « au niveau des faits »⁴⁹ : l'histoire, événements

⁴⁷ GANON. *La communication*. Cours IFSI Théodore Simon UE 4.2. Neuilly-Sur-Marne. 2015

⁴⁸ SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2003. ISBN : 2-85939-786-8. P. 68

⁴⁹ SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2003. ISBN : 2-85939-786-8. P. 44

- « au niveau du ressenti » : les sentiments, les émotions
- « au niveau du retentissement » : les émotions, les images
- « au niveau de l'imaginaire » : ce que la personne imagine
- « au niveau de mes croyances »

Dans les entretiens nous sommes dans une écoute au niveau du ressenti et au niveau de l'imaginaire. Le but de l'écoute est de savoir ce que la patiente ressent suite à cette grossesse (angoisse, appréhension etc.). Mais cette écoute nous permet aussi de savoir ce qu'elle imagine sur son bébé, « l'enfant imaginaire », que nous avons pu développer dans le cadre théorique.

C'est aussi une écoute compréhensive car dans cette écoute l'infirmière va laisser la patiente parler, elle va la stimuler à parler, elle va essayer de voir ce que la patiente ressent.⁵⁰

4.3.2.2. La valorisation

La valorisation est définie comme : « Fait d'accorder une importance plus grande, davantage de valeur à quelqu'un ou à quelque chose. »⁵¹. Les infirmières me relatent l'importance de la valorisation dans cette situation. Tout d'abord, elle va être un point qui va permettre aux patientes enceintes de prendre conscience de leur grossesse. Celles-ci vont remarquer les attentions portées par les soignants. Ensuite, elle va permettre aux patientes de prendre confiance en elle. Cela va avoir un impact sur les soins que les mères vont pouvoir faire auprès de leur enfant.

Cette valorisation va se faire à travers d'entretiens infirmiers mais aussi grâce aux gestes de la part de l'équipe soignante (soulever les pieds, donner plusieurs coussins pour l'installation etc.).

4.3.3. Le travail pluridisciplinaire

⁵⁰ SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaires du Septentrion, 2003. ISBN : 2-85939-786-8. P. 69

⁵¹ CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Outils et Ressources pour un traitement optimisé de la LANGue*[en ligne]. [Consulté le 30/04/2013].

Dans mon cadre théorique j'ai pu aborder les quelques structures qui accueillait les mères et les bébés. J'ai pu citer les unités mère-bébé (UMB), les familles d'accueil, les pouponnières, les internats le service de psychiatrie et le foyer maternel. Cependant au cours de mes entretiens les différentes infirmières ont pu me citer d'autres structures et d'autres professionnels de santé comme : le CMP, le CMPP, le CAMSP, le psychiatre, le pédopsychiatre, la psychomotricienne, les infirmières, la PMI et les autres structures qui accueillent les enfants (famille d'accueil, pouponnière etc.). N'ayant pas développé les différents acteurs et structures je les développerai dans cette partie.

L'unité mère-bébé accueille la dyade mère-enfant quand la mère souffre de pathologie psychiatrique. Cette unité permet l'évaluation du lien mère enfant mais aussi de surveiller le développement de l'enfant face à ce lien. Pour les patientes atteintes de schizophrénie il va falloir traiter les troubles de la mère mais aussi permettre à la mère de pratiquer les soins du bébé en toute sécurité, ce qui va favoriser ce lien.

On a pu voir que le principal problème de la schizophrénie était le repli sur soi et donc la difficulté à créer un lien, l'hospitalisation a donc pour but de « matérialiser un entre-deux, une juste distance pour que chacun puisse se développer sans se détruire ».⁵²

Le CMP (centre médico-psychologique) est une structure d'accueil et de pivot entre les différents secteurs de psychiatrie. Il met en place des consultations, un suivi du patient, l'administration du traitement chez des patients adultes atteints de pathologie psychique. Cette structure a pour but de permettre un suivi de l'état du patient au niveau psychologique.⁵³

Le CMPP (centre médico-psychologique pédagogique) est une structure de soin qui accueille les enfants. Il permet un dépistage des troubles psychiques mais il joue un rôle primordial dans le suivi du développement psychomoteur de l'enfant. Ici, le CMPP va donc avoir un rôle de surveillance sur le développement psychomoteur de l'enfant.

Le CAMSP (centre d'action médico-social précoce) travaille auprès d'enfant, entre 0 et 6 ans. L'objectif de cette structure est de permettre la réinsertion de l'enfant dans son environnement familial et social, tout en permettant son développement. Les actions de cette structure se base

⁵²NEZELOF S ; MATHIOLY L. *Enfances & Psy, L'enfant de parent en souffrance psychique* [en ligne]. Eres, 2007. 81-89.

⁵³*Psycom*[en ligne]. [Consulté le 29/04/2017].

sur de la prévention (dépistage d'handicap, de déficit). Ici, ils vont permettre la surveillance du développement psychomoteur de l'enfant.⁵⁴

Le psychiatre propose des entretiens psychiatriques au patient. Ces entretiens permettent de poser un diagnostic sur l'état de santé psychologique du patient.

Il met en place un suivi psychologique et un suivi thérapeutique (traitement, psychothérapie).

Le pédopsychiatre accueille des enfants ayant des troubles psychiatriques et/ou des difficultés dans l'environnement familial. Pour cela il va mettre en place des consultations.

La psychomotricienne joue un rôle dans la prévention et dans le traitement des troubles du développement psychomoteur. Ces actions reposent sur des actions sur l'expérience corporelle. Dans ces cas, elle va jouer un rôle sur la corporalité du bébé, ce qui va permettre à la mère de différencier ses besoins de ceux du bébé.

Les PMI (protection maternel infantile) et crèche vont permettre une évaluation du développement psychomoteur de l'enfant, ils vont aussi avoir un rôle sur ce développement. La PMI a pour but une protection et une promotion de la santé autour de la famille. Pour cela, elle met en place des consultations. La crèche va accueillir les bébés durant la journée. Ce temps va permettre à la mère d'avoir un temps de calme.

Certaines structures (foyer maternel, internat, pouponnière) vont accueillir les enfants, si la mère est dans l'incapacité de s'occuper de lui.

5. Problématique

Nous pouvons voir que la situation d'appel se déroule en service de psychiatrie générale, elle concerne une patiente schizophrène qui a un fils de 4 ans. Celui-ci est placé en pouponnière puis en famille d'accueil. Lors de mon stage j'ai pu observer un lien entre la mère et son fils. Une question m'est donc venue : **Quel accompagnement l'infirmier en hôpital psychiatrique doit-il mettre en place pour maintenir la relation mère-enfant chez une patiente schizophrène ?**

Pour répondre à cette question j'ai d'abord fait des recherches empiriques sur le lien mère-enfant puis sur la schizophrénie et enfin sur l'infirmier en hôpital psychiatrique.

⁵⁴Psycom[en ligne]. [Consulté le 29/04/2017].

J'ai ensuite interrogé des infirmières en hôpital psychiatrique et en unité mère-bébé psychiatrique. Grâce à ces recherches et à ces entretiens trois thèmes sont venus répondre à ma question de départ : l'accompagnement, la communication et le travail en pluridisciplinarité.

Au travers des entretiens, nous avons pu voir que l'accompagnement en début de grossesse est la clé pour que la mère commence à créer ce lien mère-enfant. Il va permettre à la mère de prendre conscience de sa grossesse grâce aux discussions que les soignants vont pouvoir avoir avec la patiente autour de sa grossesse (symptômes, ressentie de la patiente).

Cette prise de conscience va ainsi permettre à la mère de s'impliquer dans sa grossesse et donc de favoriser la formation du lien. Je pense donc que l'annonce de la grossesse et le début de la grossesse est un des moments les plus importants car il va permettre de mettre en place tout le travail qui va suivre. Sans ce début, la suite ne serait pas possible, si la mère n'a pas conscience de sa grossesse, les explications, les gestes etc. n'auront pas une réelle importance pour elle. L'accompagnement après la grossesse, va permettre à l'équipe soignante de travailler sur le lien entre la mère schizophrène et son bébé. L'équipe va travailler avec la mère sur les besoins de l'enfant.

Grâce à ça, la mère pourra répondre convenablement aux demandes de son bébé, ce qui va avoir un impact sur le développement de ce dernier. C'est un moment qui est décisif pour le futur de la mère et du bébé. En travaillant sur ce lien, l'équipe peut permettre, dans certains cas, à la mère de garder son bébé avec elle à domicile.

La communication est un des points importants de la prise en charge des patients en psychiatrie. Cette communication permet d'avoir une relation de confiance avec la patiente, et donc une meilleure prise en charge. La relation va permettre à l'équipe de travailler sur la prise de conscience de la patiente sur sa grossesse, sur la création du lien mère-enfant et par conséquent sur l'investissement de la grossesse par la mère. Toutes ses actions vont se faire grâce à l'écoute, la valorisation et les entretiens infirmiers.

Au cours de la grossesse et après l'accouchement différents acteurs soignants vont intervenir, que ce soit pour la mère ou pour le bébé.

Le travail pluridisciplinaire va permettre une meilleure prise en charge de la maman et de son bébé car chaque acteur va intervenir dans son domaine pour permettre un bon développement du lien, une surveillance adaptée du développement de l'enfant et une surveillance de l'évolution de la pathologie de la mère. Dans certains cas, les professionnels sont là pour protéger le bébé de sa mère, pour ainsi lui permettre un meilleur futur.

Avant de commencer ce mémoire, je ne pensais pas que l'annonce de la grossesse et l'accompagnement durant celle-ci était si importante. Pour moi, l'accompagnement pour maintenir ce lien se faisait après que la mère ait accouché. Au cours de mes recherches et des différents entretiens j'ai pu comprendre l'importance de cette annonce et de cet accompagnement. Aujourd'hui grâce à ce travail j'ai pu revoir ma vision sur cet accompagnement infirmier. Il se fait dès que la mère apprend qu'elle est enceinte. Il va falloir l'aider à prendre conscience de cette grossesse, ce qui implique l'explication des symptômes, expliquer le changement du corps durant ces 9 mois. On sait que tout ceci peut être très anxiogène pour les patientes schizophrènes. Notre rôle va donc être de les rassurer en les écoutants, en leur expliquant les changements qu'une grossesse provoque, les sensations que le bébé peut provoquer. En travaillant sur ces points, cela va permettre à la mère de prendre conscience de son enfant. Ainsi, grâce à cette prise de conscience elle pourra investir totalement sa grossesse, même si des angoisses seront toujours présentes.

Après ça, il va falloir travailler avec la mère sur ce qu'elle ressent, les sensations que son futur bébé lui provoque, lui permettre d'extérioriser ce qu'elle pense la concernant elle et son futur bébé. Tous ces actes vont permettre d'amorcer le lien qu'il y aura entre une mère et son bébé.

J'ai pu voir à travers les entretiens qu'une réelle prise de conscience se fait vers la fin de la grossesse, au moment où la mère va choisir le prénom du bébé, où elle va préparer son paquetage pour la maternité.

Notre rôle sera d'accompagner la patiente dans ces moments, car ce sont des moments angoissants pour toute femme, et donc par conséquent cela peut l'être encore plus pour une patiente schizophrène. Cependant il n'y a pas que des moments d'angoisse pour ces patientes.

Durant leur hospitalisation, les patientes sont souvent seules, nous allons donc les accompagner dans les moments d'angoisse et de doute comme dans les moments joyeux. Nous serons aussi présents dans les moments de joie, d'impatience de voir son bébé etc.

Tout ce travail m'a permis d'arriver à la question de recherche suivante :

Quel impact l'accompagnement infirmier de la patiente schizophrène en début de grossesse va-t-il avoir sur la création du lien mère-enfant ?

6. Conclusion

En conclusion, ce travail m'a permis de répondre à certaines questions que j'ai pu poser lors de mon stage. J'ai vu tout le travail que les infirmières mettaient en place pour permettre à cette relation d'exister. Au cours de mes recherches j'ai pu voir ce qu'était le lien mère-enfant et comment il se formait. Durant ce travail, j'ai pu remarquer que les mères schizophrènes avaient ce lien qui les unissait à leurs bébés même si celui-ci est plus difficile à créer, mais celui-ci se crée grâce à un accompagnement continu de la part de tous les professionnels.

Grâce à cette question de recherche, je pourrais recommencer un nouveau travail, ce qui me permettrait d'approfondir mes savoirs sur l'accompagnement que les infirmières mettent en place. Pour faire ce travail, je détaillerai le point sur la création du lien mère-enfant, le ressenti des patientes schizophrènes au moment de l'annonce de leur grossesse et de début de grossesse. Pour compléter mon travail j'analyserai le travail des infirmières au moment de l'annonce de la grossesse et durant celle-ci.

Je pointerai mes recherches sur ce qu'elles mettent en place pour permettre à la mère d'avoir conscience de sa grossesse et ensuite de quelle manière elles font pour que la mère investisse sa grossesse. Je pourrai aussi intégrer le travail pluridisciplinaire car il va permettre une meilleure prise en charge, comme les infirmières que j'ai interrogées ont pu me le dire.

Dans mon futur professionnel je veux travailler avec les nouveau-nés, ce travail va donc me permettre de travailler sur le lien mère-enfant avec les parents. Je pourrai ainsi observer le comportement de la mère par rapport à son bébé et le comportement du bébé vis-à-vis de la

mère. Voulant aussi travailler en service de psychiatrie, je pourrai continuer mon futur dans une unité mère-bébé psychiatrique, ce travail me sera donc d'une grande aide pour prendre en charge les patientes touchées par des pathologies psychiatriques et leur bébé. Je saurai ainsi comment prendre en charge ces patients, comment surveiller l'attachement de la mère par rapport à son nouveau-né. Je pourrai aussi surveiller le développement du bébé par rapport à la mère et mettre des actions en place pour pallier aux troubles du développement.

Bibliographie

Ouvrage :

- ALLAIS, Juliette. *Les liens mère-enfant*. Saint Julien en Genevois : Jouvence, 2010. ISBN : 978-2-88353-792-7
- WINNICOTT, Donald. *La mère suffisamment bonne*. 3^{ème} édition. Paris : Payot, 2006. ISBN : 2228901164
- BOWLBY, John. *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parent*. Paris : Albin Michel, 2011. ISBN : 978-2-226-20892-7
- VERHOEVEN, M ; VAN NEERVEN, I. *Soigner et accompagner : perspectives anthropologiques*. Paris : De Boeck-Estem, 2014. ISBN : 978-2-84371-723-9.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR : Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux*. 4^{ème} édition. : Masson, 2000.
- MORASZ, L ; PERRIN-NIQUET, A. et al. *L'infirmier(e) en psychiatrie : Les grands principes du soin en psychiatrie*. Paris : Masson, 2004. ISBN : 2-294-00653-4
- LIDZ, Théodore. *Le schizophrène et sa famille*. Paris : Navarin, 1986. ISBN : 2-86827-047-6
- BAYLE, Benoit. *Ma mère est schizophrène* [format électronique]. Toulouse : Erès, 2012.

- DEMILY, C ; FRANCK, N. *Schizophrénie* [format électronique]. Lyon : Elsevier Masson, 2013.
- PAUL, M. *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Ed. L'Harmattan, Paris, 2004.
- PAILLARD, Christine. *Dictionnaire humaniste infirmier : approche et concepts de la relation soignant-soigné*. Noisy-Le-Grand : SETES édition, 2013. ISBN : 979-10-91515-09-2
- RUFO, Marche. *Œdipe toi-même ! Consultation d'un pédopsychiatre*. Paris : Edition Anne Carrière, 2000. ISBN : 2-84337-110-4
- WINNICOTT, Donald. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Mesnil-sur-l'Estrée : Editions Payot, 1992. ISBN : 2-228-88117-1
- [ALBERTI, Christianne. *Etre mère : des femmes psychanalystes parlent de la maternité*. Paris : Navarin, 2014. ISBN : 978-2-916124-34-6](#)
- [BRUN, Danièle. *La maternité est le féminin*. Paris : Editions Denoël, 1990. ISBN : 2-207-23672-2](#)
- SALOME, Jacques. *Relation d'aide et formation à l'entretien*. Villeneuve d'Ascq : Presses Universitaire du Septentrion, 2003. ISBN : 2-85939-786-8
- Neyrand, Gérard. *La parentalité comme dispositif. Mise en perspective des rapports familiaux et de la filiation, Recherches familiales* [en ligne]. 4^{ème} édition. Union nationale des associations familiales (UNAF), 2007. p.75. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-recherches-familiales-2007-1-p-71.htm>
- KNIBIEHLER, Yvonne. *Histoire des mères et de la maternité en Occident*. Paris : Presses Universitaire de France, 2000. ISBN : 2 13 0504256.
- NEZELOF S ; MATHIOLY L. *Enfances & Psy, L'enfant de parent en souffrance psychique* [en ligne]. Eres, 2007. 81-89. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2007-4-page-81.htm>
- PROIA-LELOUEY, Nadine ; SCHVAN, Catherine. *Processus de maternalité chez les femmes accueillies en centre maternel : de la passivation à la subjectivation. Cahiers de psychologie clinique* [en ligne]. 2011, n° 37, p. 165-179. [Consulté le 31/03/2017].

Disponible à l'adresse : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2011-2-page-165.htm>

- LEMAY, Michel. *Forces et souffrances psychiques de l'enfant, Le développement infantile*. Toulouse : Edition érès, 2014. ISBN : 978-2-7492-4062-6. P. 137-139

Texte législatif :

- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [en ligne], Journal officiel n°0155 du 6 juillet 2011. [Consulté le 05/01/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>
- Article L3211-1 du Code de la Santé Publique relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques [en ligne], du 5 juillet 2011. [Consulté le 05/01/2017]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=86452D0828008AFBB2665A30CA347660.tpdila09v_1?idSectionTA=LEGISCTA000024316519&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170105
- Article L3211-2 du 5 juillet 2011 du Code de la Santé Publique relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatrique [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=86452D0828008AFBB2665A30CA347660.tpdila09v_1?idSectionTA=LEGISCTA000024316519&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170105
- Article L3211-11-1 du 26 janvier 2016 du Code de la Santé Publique relative aux droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687914&dateTexte&categorieLien=cid>

- Article 375 du 14 mars 2016 du Code Civil relative à l'autorité parentale [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT0000060707211&idArticle=LEGIARTI000006426776>

Articles :

- VINCENT, Catherine. *Soins de santé mentale : les grands oubliés*. *Le Monde* [en ligne]. 2011. [Consulté le 24/10/2016]. Disponible à l'adresse : http://www.lemonde.fr/planete/article/2011/10/10/soins-de-sante-mentale-les-grands-oublies_1585048_3244.html
- FOUQUE, Hélène. Troubles psychiques maternels et développement des enfants. *Vocation Sage-femme*. 2014, n°106, p. 9-18.
- BLAISE, Pierrehumbert. Les précurseurs de la théorie de l'attachement. *Journal des professionnels de la petite enfance*. 2014, n°89, p. 7-9
- CYRULNIK, Boris. Le lien d'attachement chez l'enfant. *Journal des professionnels de la petite enfance*. 2014, n°89, p. 10-11
- BLAISE, Pierrehumbert et CYRULNIK, Boris. Les théories de l'attachement. *Journal des professionnels de la petite enfance*. 2015, n°95, p. 58-65
- WIART, Yvane. John Bowlby La théorie de l'attachement. *Science Humaine*. 2013, n°32, p 32-37
- JUNIER, Héloïse. S'attacher Un besoin vital. *Science Humaine*. 2013, n°32, p 38-41

Sites internet :

- SOCIETE QUEBECOISE DE LA SCHIZOPHRENIE. *Schizophrénie* [en ligne]. Institut universitaire de santé mentale de Montréal. [Consulté le 23/09/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.schizophrenie.qc.ca/>

- LEOVICI, Serge. *Psychologies* [en ligne]. [Consulté le 14/10/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.psychologies.com/Famille/Etre-parent/Mere/Interviews/Serge-Lebovici-L-attachement-entre-le-bebe-et-sa-mere-est-inne>
- MERKLING, Jacky. *La réponse du psy* [en ligne]. [Consulté le 14/10/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.lareponsedupsy.info/Infirmier>
- KREBS, Marie-Odile. *Schizophrénie* [en ligne]. Institut national de la santé et de la recherche médicale. [Consulté le 21/11/2016]. Disponible à l'adresse : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>
- RIOUX, Alain. *Psycho-ressources* [en ligne]. 2011. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse : www.psycho-ressources.com/bibli/schizo1.html
- COURS IFSI. *Infirmier.com* [en ligne]. 22/12/2011. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse : www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-psychiatrie-la-schizophrénie.html
- CARBOU,N ; GUEUDRY, V. et al. *Serpsy* [en ligne]. [Consulté le 29/03/2017]. Disponible à l'adresse : http://www.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html
- CENTRE NATIONAL DE RESSOURCES TEXTUELLES ET LEXICALES. *Outils et Ressources pour un traitement optimisé de la LANGue*[en ligne]. [Consulté le 30/04/2013]. Disponible à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/valorisation>
- *Psycom*[en ligne]. [Consulté le 29/04/2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.psycom.org/Glossaire-des-structures?SearchText=CMP&btrechercher=Rechercher>
- *Larousse* [en ligne]. [Consulté le 30/03/2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/maternit%C3%A9/49852>
- DELASSUS, Jean-Marie. *Maman Blues* [en ligne]. [Consulté le 30/03/2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.maman-blues.fr/mediatheque/documentation/63-delassus-jean-marie-le-sens-de-la-maternit%C3%A9.html>

- LANGUES, Jacques. *Mpedia* [en ligne]. [Consulté le 23/04/2017]. Disponible à l'adresse : www.mpedia.fr/226-developpement-psychomoteur.html
- *CERCLE D'EXCELLENCE SUR LES PSYCHOSES* [en ligne]. [Consulté le 01/05/2017]. Disponible à l'adresse : <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsm-ivr/schizophrenie-f20/>

Enseignements institutionnels et universitaire :

- Cours infirmiers. *Les premiers liens d'attachement*.
- SENECHAL. *Les psychoses*. Cours IFSI Théodore Simon UE 2.6. Neuilly-sur-Marne : Novembre 2016.
- GANON. *La communication*. Cours IFSI Théodore Simon UE 4.2. Neuilly-sur-Marne : 2015