

Comité d’Ethique

Avis n°5

Décembre 2013

« Quels sont les enjeux et problèmes éthiques qui entourent la décision de mener à terme une grossesse ou de pratiquer une IVG ou une IMG chez une patiente psychotique ? Jusqu’où un soignant peut-il intervenir pour accompagner la patiente concernée dans les deux champs – obstétrical et psychique – et dans sa souffrance ? »

Nous remercions chaleureusement les personnes que nous avons rencontrées à l'occasion de ce travail. Elles ont éclairé notre réflexion.

Aux Hôpitaux de Saint-Maurice

Madame le Docteur Marie CHOUDEY, psychiatre, Pôle Paris 12, Docteur Gilles VIDON
Son travail de recherche a nourri nos travaux.

Monsieur le Docteur Denis BARDOU, gynécologue-obstétricien, responsable du Pôle Femme-Enfant.

Madame Claudine AUBRUN, sage-femme, cadre coordinateur du Pôle Femme-Enfant.

Madame le Docteur Christine RUEL, pédopsychiatre, Pôle 94 I 03/04, Docteur Jean-Paul BOUVATTIER

Madame Chantal DENIS, psychothérapeute, Pôle 94 I 03/04, Docteur Jean-Paul BOUVATTIER

Madame le Docteur Nathalie PARAGE, psychiatre, Pôle 94 G 16, Docteur Patrick BANTMAN.

Au Centre Hospitalier Sainte-Anne

Madame le Docteur Marie-Noëlle VACHERON, psychiatre, Secteur 13, CICO

Madame le Docteur Anne-Sophie MINTZ, pédopsychiatre, Secteur 13, CICO

Monsieur le Docteur Romain DUGRAVIER, pédopsychiatre, Secteur 13, CICO

A l'Hôpital Trousseau

Monsieur le Professeur Jean-Marie JOUANNIC, gynécologue-obstétricien, responsable du C.P.D.P.N.

Des remerciements particuliers à

Madame Patricia BENTITOU, responsable du Centre de Documentation des Hôpitaux de Saint-Maurice, pour la veille documentaire,

Madame Sandrine BODEAU, Madame Marie-Laure BUIS, Madame France LAHOREAU, du service de la communication des Hôpitaux de Saint-Maurice, pour leur soutien logistique.

Monsieur le Docteur GILLES VIDON pour sa relecture attentive.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL

1 - Le contexte de la loi

2 - Le contexte clinique

3 - Le contexte philosophique

DEUXIEME PARTIE : PROBLEMATIQUE ETHIQUE

1 - La société, la loi, placent le malade en tant qu'acteur de sa santé et maître de ses choix

2 - L'information dans le contexte de la schizophrénie.

3 - L'autonomie dans le contexte de la schizophrénie

4 - La relation de confiance dans le contexte de la schizophrénie : un soutien indispensable avec un risque d'influence

CONCLUSION

ANNEXES

« Quels sont les enjeux et problèmes éthiques qui entourent la décision de mener à terme une grossesse ou de pratiquer une IVG ou une IMG chez une patiente psychotique ? Jusqu'où un soignant peut-il intervenir pour accompagner la patiente concernée dans les deux champs – obstétrical et psychique – et dans sa souffrance ? »

INTRODUCTION

La question de mener à terme une grossesse, de pratiquer une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou une interruption médicale de grossesse (IMG) ou de renoncer à l'enfant à sa naissance, nous interpelle dans notre intime, interroge d'emblée nos valeurs propres, notre vision de la maternité et de la relation mère-bébé dans son idéal.

Le contexte actuel, porté par notre société, est celui d'une mère épanouie par une grossesse programmée, d'un enfant venant au monde dans des conditions idéalisées.

Dans nos représentations, la grossesse chez une femme souffrant de troubles psychotiques au long court est associée à une perte de chance pour l'enfant à naître.

Chaque situation est singulière mais toutes sont révélatrices de la complexité de l'engagement et de l'accompagnement des soignants auprès de personnes vulnérables, la femme enceinte souffrant de psychose schizophrénique¹, le fœtus ou l'enfant.

Toute femme, en France, si elle en a la possibilité, a le droit d'être enceinte, de mettre au monde des enfants. Des restrictions légales existent quant à la garde des enfants dans le cadre de la protection maternelle et infantile.

La société française, la législation vont dans le sens d'une société de personnes responsables, autonomes qui, dûment informées prennent des responsabilités concernant leur santé.

La question posée, suscite une réflexion éthique en s'adressant autant à nos valeurs personnelles que professionnelles. Dans une première partie, elle sera posée dans le cadre de la législation en France, de la clinique et s'appuiera sur des repères philosophiques. Dans une deuxième partie, nous exposerons la problématique éthique, reflet des interrogations et du cheminement de pensée qui a fait débat au sein du Comité d'Éthique. La conclusion consistera à dégager des pistes de réflexion.

¹ Dans ce travail, le choix a été fait d'étayer notre réflexion sur les psychoses schizophréniques.

PREMIERE PARTIE : LE CONTEXTE GENERAL

I - Le contexte de la loi

1 - En France :

Depuis la Loi Kouchner, loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et la qualité du système de santé, le malade est considéré adulte, maître de ses choix et acteur de sa propre santé. Elle impose un respect de la dignité, un refus de la discrimination, le droit à la vie privée, au secret médical. Elle institue le droit à l'information.

Il n'y a pas de restriction légale à la possibilité d'être enceinte, d'avoir des enfants. Des restrictions existent quant à la garde des enfants dans le cadre de la protection maternelle et infantile. Les droits de l'enfant existent dès sa naissance. Pour autant, le cadre légal des interruptions de grossesse reste très strict en France.

1-1 Les interruptions de grossesse

La grossesse peut être interrompue dans deux types de situations :

a) L'Interruption Volontaire de Grossesse.

Depuis la loi du 4 juillet 2001², la période pendant laquelle une femme peut bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse est fixée à 12 semaines, soit 14 semaines d'aménorrhée. La femme n'a pas à justifier sa décision. L'avortement est pris en charge par la Sécurité Sociale.

b) L'Interruption Médicale de Grossesse.

A la différence de l'I.V.G., il s'agit d'un accouchement prématuré qui peut être pratiqué au-delà de 12 semaines et jusqu'au terme de la grossesse. Il n'y a pas de délai légal qui limite le recours à l'I.M.G.

L'interruption de grossesse est pratiquée pour des raisons médicales selon deux cas prévus par la loi (L.2213-1 CSP) :

- celui où il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.
- celui où la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme.

La loi du 4 juillet 2001 prévoit que la demande est faite par la femme enceinte informée et que cette demande est examinée par un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (C.P.D.P.N.) qui évaluera et formulera une attestation autorisant le recours à l'I.M.G.³

La majorité des indications (plus de 90%) concerne l'enfant à naître. Les indications maternelles sont rares. Ce sont, le plus souvent, des indications cardiaques, parfois cancéreuses et plus rarement psychiatriques.

La nouvelle réglementation (décrets du 20/08/2008 et circulaire du 19/06/2009) permet l'établissement d'un « acte d'enfant sans vie », quel que soit le terme de l'enfant dès lors que

² Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception

³ Voir Annexe 1

son sexe a pu être identifié. Il peut y avoir un acte d'état civil avec un prénom (mais pas de nom), une désignation des parents (mais pas de lien de filiation). Il peut être inscrit dans le livret de famille. Des funérailles peuvent être organisées.

L'interruption médicale de grossesse donne droit à un congé de maternité.

En France, la **demande** d'I.M.G. est portée par la femme qui a reçu une information claire, loyale et adaptée, la **décision** revient au C.P.D.P.N.

L'acte est pratiqué dans un service de gynécologie-obstétrique.

1-2 Le statut de l'embryon.

En droit français, l'embryon n'a pas de statut juridique, il acquiert le statut de personne à la naissance. Le législateur, prudent, ne fixe pas d'autre date de début de la vie que la naissance. Pour le Comité Consultatif National d'Ethique, l'embryon est pensé comme une personne humaine potentielle qui a droit au respect et à la protection. Il a émis des positions très réservées quant à la recherche sur l'embryon.

2 - La situation des pays proches

En Europe la législation est variable d'un pays à l'autre.

On peut résumer les lois en 3 catégories :

- autorisation de l'interruption de grossesse pour tout motif avant le délai de viabilité foetale et seulement pour les affections graves et incurables après le délai de viabilité foetale fixé à 24 semaines de grossesse, exemple : Grande Bretagne, Hollande.
- Interruption autorisée en cas de retentissement sur la santé de la mère : Allemagne, Italie. Le médecin reste libre de refuser.
- D'autres pays autorisent l'interruption seulement avant le délai de viabilité foetale, exemple : la Croatie.

En Europe les dernières lois eugéniques de stérilisation pour les malades mentaux ont été abolies en 1975.

Le premier en Europe du Nord, le Danemark adopta, en 1929, une loi autorisant la stérilisation et pratiqua une politique d'eugénisme « négatif » c'est-à-dire visant à prévenir la procréation de personnes gravement en difficulté ; ce sera également la politique de la Suède, de la Finlande et de la Norvège. Il est à noter que ces lois, antérieures à la contraception orale, ont été détournées dans leur usage. De mesures protectrices, elles devinrent mesures discriminatives et furent abandonnées.

L'Union européenne interdit l'eugénisme avec sa Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne adoptée en 2000, affirmant l'interdiction des pratiques eugéniques, notamment celles qui ont pour but la sélection des personnes.

Rappelons qu'en France, l'eugénisme est réprouvé par le Code civil en son article 16-4, et qualifié de « crimes contre l'espèce humaine » par le code pénal. (Article L 214-1). Toutefois, en pratique, les dépistages (visites prénatales obligatoires, dépistage pré-natal de la trisomie 21) et les possibilités d'IMG en cas de malformations graves s'apparentent à une forme d'eugénisme « négatif » (par élimination). Les parents décident dans 96 % des cas de procéder à une interruption médicale de grossesse en cas de suspicion de trisomie.

Toujours afin d'éviter toute dérive eugénique, la stérilisation à visée contraceptive chez une personne majeure incapable n'est permise que depuis la même loi du 4 juillet 2001, dans des conditions très strictes. Ainsi la personne doit être juridiquement incapable, c'est-à-dire que « l'altération de ses facultés mentales constitue un handicap qui a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle ». A cette première condition s'ajoute une « contraindication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ». La personne est systématiquement informée, son consentement toujours recherché. On ne peut passer outre son refus, de même on doit prendre en compte la révocation de son consentement.

II - Le contexte clinique

De nombreuses femmes souffrant de troubles schizophréniques sont, aujourd'hui, insérées dans la société et ont une vie affective et sexuelle. Les grossesses chez ces femmes ne sont pas exceptionnelles et, le plus souvent, ne posent pas de problèmes éthiques particuliers même si sur le plan clinique elles constituent un groupe à risque. Elles bénéficient d'un accompagnement soucieux de respecter leurs choix et leurs difficultés. Mais il existe des situations plus préoccupantes où il n'est pas rare que la grossesse soit de découverte tardive.

1 - Les femmes enceintes atteintes de schizophrénie, un groupe à risque

1-1 Le risque obstétrical

Les particularités de la symptomatologie et du mode de vie des femmes atteintes de schizophrénie les font appartenir à un groupe à risque en ce qui concerne les complications obstétricales. Sont décrites des naissances prématurées, une mortalité néonatale accrue, une hypotrophie fœtale en raison d'une moins bonne adhésion au suivi obstétrical, de la prise de médicaments antipsychotiques⁴, de conduites addictives multiples ou de mauvaises conditions socio-économiques.

1-2 Le risque pour le développement de l'enfant. Particularités cliniques souvent rencontrées chez les femmes enceintes atteintes de schizophrénie⁵

Si des études montrent les mêmes désirs d'enfant et d'être mère pour les femmes souffrant de troubles schizophréniques que dans la population générale, le projet de famille est rare. L'enfant ne s'inscrit pas dans une filiation, un contexte généalogique, familial, sociétal, religieux...

La majoration de l'instabilité, des comportements sexuels à risques, des violences subies, des IVG, des grossesses non-programmées, suscite des inquiétudes sur la mise en place de repères satisfaisants dans la relation de la mère avec son nouveau-né. Ces inquiétudes pèsent particulièrement lors des grossesses de découverte tardive, la femme ne sachant pas qu'elle est enceinte (non intérêt pour le corps, méconnaissance des dates des règles, partenaires non investis, rapports non protégés).

Une pathologie psychiatrique lourde rend précaire l'adaptation à la réalité, perturbe les relations interpersonnelles et fait présager un défaut de relation mère-bébé.

⁴ CRAT Centre de Référence sur les Agents Tératogènes. Cf. Annexe 3

⁵ Cf. document Annexe 2

Les interactions maternelles et infantiles précoces sont très variables, allant de l'indifférence à une bonne relation avec l'enfant. La mère ne repère pas toujours correctement les besoins du bébé et peut répondre en fonction de ses propres besoins. En réponse, l'enfant a l'impression d'être inefficace sur l'environnement. C'est à lui de s'adapter à sa mère et à ses besoins.

La place du futur père est très variable d'une situation à l'autre : de compagnon investi et étayant à partenaire inconnu ou ne pouvant s'investir. Une relation peut être stable jusqu'au moment de la grossesse ou de l'accouchement et se fragiliser ensuite. Il existe aussi des situations où le père peut prendre un rôle maternel et paternel, dans une tentative de suppléer les manques de la mère.

Le désir d'enfant peut être l'occasion d'une restauration de l'identité fragilisée, d'une quête de normalisation en s'affirmant face à l'entourage.

1-3 Le risque psychique : le retentissement de la grossesse sur la pathologie de la femme

L'impact d'une grossesse, d'une maternité sur le cours évolutif d'une psychose chronique reste peu exploré⁶. L'idée que la grossesse protège des aléas d'une psychose chronique n'a pas été objectivée. Au contraire, des études comparatives montrent un risque accru de complications au cours de la grossesse, à l'accouchement et en période néonatale.⁷

Le risque de décompensation aiguë lors du post-partum est bien connu et objectivé. Une femme psychotique sur quatre rechute dans les 6 mois après la naissance.

La réalité physique de l'enfant étant souvent non perçue par la femme pendant la grossesse, lorsque survient l'accouchement, les fantasmes d'amputation, d'effraction, de viol, d'éclatement peuvent être ravivés.

Les délires où le fœtus est perçu comme un persécuteur interne doivent aussi alerter.

Rares mais majeurs, le risque suicidaire et le risque d'infanticide existent, et ce d'autant plus si il y a déni de grossesse psychotique ; ils doivent être pris en compte.

2 - L'accompagnement thérapeutique de la femme enceinte souffrant de troubles psychotiques au long court

Il est essentiel de connaître des symptômes et leur gravité. Pour autant la gravité de la symptomatologie ne permet pas de prédire l'avenir. La volonté de la femme, un entourage qui se révèle étayant peuvent faire basculer les inquiétudes, les réticences des soignants.

Le professionnel s'engage dans un accompagnement de la femme alors que tous les facteurs de la situation ne sont pas évaluables. Il devra tout de même prévoir, prévenir, anticiper.

Dans ce contexte, les soignants ont mission d'informer la patiente sur l'importance d'un suivi gynécologique, l'intérêt de mettre en place un traitement qui stabilise la pathologie ou de le maintenir en l'adaptant⁸ et sur des possibilités de contraception.

⁶ O. CAZAS Psychose et grossesse *Confrontation psychiatrique* . Périnatalité n°50 - 2011

⁷ Ces études comparent des mères schizophrènes à des femmes présentant des troubles de l'humeur (trouble bipolaire ou trouble dépressif récurrent). Miklowitz DJ *A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder*. J Clin Psychiatry 2006

⁸ Le CRAT, Centre de Référence sur les Agents tératogènes, propose une information en ligne sur les risques des médicaments pendant la grossesse. Coordonnées en annexe 4.

Rappelons que si une I.M.G. est demandée, elle l'est par la femme, et la responsabilité de la décision appartient au C.P.D.P.N. Cependant la femme enceinte, souffrant de troubles psychotiques au long court, vulnérable, ne porte pas seule cette demande.

L'accompagnement thérapeutique comprend non seulement l'aide à la décision mais également un soutien continu au-delà de sa mise en œuvre. La réalisation de l'acte d'I.M.G. nécessite d'être très préparée. L'accouchement prématuré d'un enfant né sans vie confronte la femme, et les soignants, à la représentation de la mort d'un fœtus par infanticide (par injection intra cardiaque⁹).

La naissance d'un enfant ou la réalisation d'une I.M.G. ne sont pas « la solution » d'une situation complexe liée à la grossesse. L'avenir de la femme et, le cas échéant, de l'enfant requièrent une constante vigilance.

La société a mis en place des dispositifs qui permettent d'étayer la relation mère enfant. La possibilité que l'enfant soit retiré à la naissance existe en cas de danger avéré pour l'enfant¹⁰.

Les connaissances et l'expérience médicale progressent, la législation est claire, mais la problématique éthique est complexe.

III - Le contexte philosophique

La question posée appelle plusieurs remarques d'un point de vue philosophique et se révèle d'une extrême difficulté.

Dans cette question, se trouvent réunis tous les fondements de l'éthique et de ce qu'elle représente.

Elle a en effet trait à la valeur de la vie, au rapport à autrui, au rapport à la mort, à la violence de l'acte, notamment celui de l'interruption médicale de grossesse, et à ce que l'on entend par dignité de l'homme.

Elle est d'une telle difficulté qu'il paraît raisonnable de s'en tenir à un certain nombre de pistes, sans réponse définitive.

La complexité vient du fait que l'éthique, dans sa quête de la meilleure réponse possible à donner à un certain nombre de problèmes particuliers comme celui qui nous est posé ici, repose sur l'impératif catégorique kantien¹¹ : « Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin et jamais simplement comme un moyen ». Or la décision d'interrompre médicalement une grossesse pose la question de savoir si l'être en devenir ou déjà constitué doit être considéré comme une fin en soi, à préserver à tout prix, ou comme devant être subordonné à une situation ultérieure qui serait encore plus problématique si la grossesse était menée à son terme.

Selon les conceptions philosophiques de chacun, le principe de la dignité qui doit être absolument reconnu à chaque être, se retrouve, dans la question posée, dans une forme d'impasse philosophique semblant devoir aboutir à un moindre mal en se demandant s'il vaut

⁹ Cf annexe 2

¹⁰ Cf annexe 4

¹¹ énoncé dans le *Fondement de la Métaphysique des Mœurs*

mieux préserver la dignité de la patiente souffrant d'une pathologie psychotique ou celle de l'être potentiel.

Il s'agit bien sûr d'une question à laquelle il est impossible de répondre de manière absolue et qui nécessite d'être envisagée de façon singulière.

La difficulté en outre tient au rapport que chacun d'entre nous entretient avec la mort, tant celle des autres que la sienne propre, au sens où Montaigne pouvait dire que « philosopher c'est apprendre à mourir », et rappelle la réponse de Socrate citée par Platon¹² : « Mais voici déjà l'heure de partir, moi pour mourir et vous pour vivre. De mon sort ou du vôtre, lequel est le meilleur ? La réponse reste incertaine pour tout le monde sauf pour la divinité ».

Socrate, au seuil de sa mort, nous invite à nous poser les questions essentielles, celles de notre engagement et notre devoir vis-à-vis de l'autre dans le contexte d'un équilibre sociétal. Ses derniers mots : « Criton, nous devons un coq à Esculape. Payez cette dette, ne soyez pas négligent » donnent toute son importance à l'engagement dans la banalité d'un quotidien.

Peut-être faut-il voir aussi dans cette dernière phrase, une reconnaissance anticipée de la nécessité de l'éthique en tant qu'elle permet de poser les bonnes questions, sans jamais être sûr d'apporter les bonnes réponses.

Elle peut encore une fois se résumer pour chacun d'entre nous dans le devoir de penser et, comme l'écrit Lévinas¹³ : « l'impossibilité d'arrêter sa marche en avant, de désertier son poste et de ne pas pouvoir se dérober à la responsabilité qui nous incombe vis-à-vis d'autrui ».

¹² *l'Apologie de Socrate*

¹³ Emmanuel Lévinas : *Humanisme de l'autre homme* (Chapitre 7, Sens et éthique, pages 48 à 57, Ed. Le Livre de Poche)

DEUXIEME PARTIE : LA PROBLEMATIQUE ETHIQUE

Une démarche éthique consiste alors à essayer de rejoindre autrui, et en l'occurrence la personne souffrant de schizophrénie, là où elle en est de son chemin, pour lui permettre d'avancer, en gardant toujours à l'esprit l'impératif d'être utile à une personne plutôt que de se servir d'une situation pour imposer nos propres convictions.

Comme nous l'avons souligné précédemment, les situations où se posent des problèmes éthiques sont peu nombreuses mais très douloureuses. Il s'agit de grossesses qui mettent en péril la santé de la femme ou nous inquiètent pour le devenir de l'enfant.

« Psychose et grossesse » interroge un vécu de notre société moderne qui a l'impression d'une maîtrise complète de la procréation, de la conception à la naissance. Sentiment de maîtrise largement diffusé par les médias mais contredit par l'expérience des professionnels.

Si la maladie mentale est trouble de la subjectivité, elle ne déshumanise pas. Poursuivre la grossesse, même si les soignants sont inquiets, est un droit irréductible de la femme.

Les problèmes éthiques, lorsqu'ils surgissent, nous malmènent dans nos désirs, nos certitudes, nos compétences et viennent brider une toute-puissance potentielle. Mais des médecins, pas plus qu'une famille, ne peuvent décider d'une I.M.G. « sous contrainte » ou sans consentement. Nos valeurs propres ne peuvent seules guider nos choix professionnels.

I - La société, la loi, placent le malade en tant qu'acteur de sa santé et maître de ses choix¹⁴

L'évolution libérale de la société depuis quelques décennies, a donné plus de place à la parole des individus pour les décisions qui les concernent. Dans le sillage de cette évolution, le champ de la santé n'est plus de la seule responsabilité morale des médecins. La loi du 4 mars 2002, citée plus haut, affirme les droits du malade en instituant la nécessité d'un consentement aux soins. La décision médicale ne peut se passer du consentement, base minimum du respect d'autrui. Lorsque l'on demande à quelqu'un son consentement, on le traite comme une personne. Consentir, c'est prendre sa part d'une décision construite ensemble après avoir été informé.

Malgré sa pathologie, la femme souffrant de troubles schizophréniques reste un acteur prépondérant dans les décisions à prendre. C'est à elle d'indiquer ses choix concernant une éventuelle maternité, un suivi de grossesse ou une décision d'IVG ou d'IMG. Ce sera à elle, le cas échéant, de formuler une demande d'IMG. Pour autant, ni elle ni ses soignants ne sont seuls responsables d'une décision. La demande, sera entendue par un collège de professionnels (équipe pluridisciplinaire d'un C.P.D.P.N.) chargé de prendre la décision.

L'information, élément indispensable au consentement éclairé de la femme enceinte sur ses choix, est délivrée par l'équipe médicale et comporte un risque d'influence. L'autonomie de la femme enceinte, souffrant de troubles schizophréniques, dépend donc aussi de la qualité de l'information et de la relation de confiance avec l'équipe.

¹⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

II - L'information dans le contexte d'une pathologie schizophrénique.

Les soignants doivent une information loyale, claire, et appropriée, en particulier en ce qui concerne l'I.M.G. si elle est demandée.

Ils auront à trouver des chemins et des « nouages » relationnels pour que l'information prenne sens.

1 - Le temps nécessaire à l'information

L'impression d'urgence d'une décision à prendre est renforcée lorsque la grossesse est découverte tardivement, de façon inattendue ou dans un contexte parfois dramatique.

Or, seule l'I.V.G. porte une contrainte de délai, il y a urgence d'une décision à prendre si l'I.V.G. est possible. Mais si le terme de 14 semaines est passé, on peut et on doit se donner le temps de se dégager d'un effet de saisissement que peut induire une situation douloureuse ou découverte de façon soudaine.

2 - L'information, difficile à donner, difficile à entendre

La nécessaire information de la personne est d'autant plus difficile que la personne souffre d'une pathologie schizophrénique.

Les composantes de la compréhension de l'information sont complexes. Elles présentent des aspects cognitifs, relationnels, symboliques souvent atteints dans la schizophrénie.

Prévenir des risques, délivrer des conseils, passe par des mots qui ont une portée qui peut nous échapper. Ces paroles peuvent être intégrées dans un vécu délirant et prendre un sens qui nous déconcerte.

3 - L'information indissociable de l'alliance thérapeutique

En psychiatrie aussi l'essence du soin repose sur la relation thérapeutique. Celle-ci est sans cesse à reconstruire. L'alliance thérapeutique est recherchée, elle s'adresse à la part saine de la personne. Le risque de rupture ou le vécu d'un trop grand envahissement de l'autre sont constamment présents. Les aléas de la relation peuvent compromettre la qualité de l'information.

Toute information qui concerne la santé actuelle ou le devenir d'une personne, a une composante subjective. C'est dans une alliance qui se tisse que pourront apparaître la capacité à entendre une information ou le choix de ne pas savoir. Mais il demeure un risque d'induire, de suggérer, faire poids, c'est le propre de la relation médecin-patient, particulièrement en présence de troubles mentaux.

III - L'autonomie dans le contexte de troubles schizophréniques

1 - L'impact d'une maladie sur l'autonomie

Toute affection, souffrance physique ou psychique, a des effets sur la capacité de la personne à exercer son autonomie.

L'autonomie d'une personne souffrante est entravée car la maladie et la souffrance n'entraînent pas seulement de la peur, du déni ou de la colère. C'est l'identité du malade qui est transitoirement ou durablement affectée.

La personne, en situation de vulnérabilité, sollicite l'aide du médecin et en retour celui-ci s'engagera, dans le cadre d'une relation singulière, à prendre sa part dans la résolution de la souffrance. La relation patient-médecin est marquée par une dissymétrie qui fait peser fortement le poids de la responsabilité du côté de celui qui a la charge de la personne vulnérable.

2 - L'impact des troubles schizophréniques sur l'autonomie

La schizophrénie, pathologie du rapport à soi et au monde, modifie la capacité à faire la distinction entre ce qui est soi et non soi, à percevoir son désir.

La perturbation des relations interpersonnelles participe aux difficultés à formuler une demande et qu'elle soit entendue.

Le déni, qui n'est pas propre à la psychose, interfère dans la possibilité de choisir ou d'apprécier et traiter les informations qui sont transmises.

La méconnaissance de sa maladie est un trouble associé à la schizophrénie. On admet, en psychiatrie, qu'une personne n'est pas toujours en mesure de percevoir la gravité de ses symptômes et le danger pour elle-même ou pour autrui.

Une hospitalisation sous contrainte, ou une obligation de soins, peuvent être imposée à une personne contre sa volonté en raison de ses troubles mentaux. Pour autant, sa parole n'est pas invalidée dans toutes ses décisions.

Une personne souffrant de troubles psychotiques reste fondamentalement autonome mais dans une expression discontinuée de cette autonomie et l'alliance thérapeutique soutiendra le travail de liaison psychique nécessaire à l'expression de cette autonomie.

IV - La relation de confiance dans le contexte de la schizophrénie : un soutien indispensable avec un risque d'influence

Comme nous l'avons évoqué précédemment, toute relation thérapeutique s'inscrit dans une relation de confiance. La relation de confiance naît d'une rencontre et de la reconnaissance d'une interdépendance. Faire confiance se définit comme l'acceptation d'une vulnérabilité et simultanément la reconnaissance d'un savoir médical chez l'autre.

Cependant la relation thérapeutique contient un risque de trop grande influence. L'influence est toujours plus importante lorsqu'elle n'est pas ressentie. La relation de confiance est sans cesse à travailler, le maintien d'une relation thérapeutique de qualité n'est pas garanti. Si les aléas de la relation sont explicités et acceptés par les soignants, le risque d'une relation d'emprise, ou au contraire rejetante, est diminué.

La relation de confiance se différencie de la relation paternaliste ou d'une relation d'emprise par la reconnaissance de l'altérité et du savoir profane.

Entre paternalisme révolu et autonomisme absolu, la relation de confiance permet la construction d'un choix accompagné et aidé. Décider, avec une personne ou parfois pour une personne, fait partie de la fonction médicale, ce qui n'implique pas nécessairement d'adopter une visée paternaliste. Les responsabilités des soignants sont celles de leurs actes, de leurs écrits, de leurs paroles. Mais c'est souvent une responsabilité vis-à-vis d'eux-mêmes qui les

préoccupe le plus et ne leur fait pas prendre suffisamment en considération la femme et son choix.

Il est de la responsabilité des soignants de créer les conditions permettant à la femme de se faire entendre dans ses choix : de faire une demande d'IMG auprès d'un CPDPN ou pas, d'investir un projet de séparation à la naissance, ou le plus souvent d'investir un étayage de la relation mère-enfant.

CONCLUSION

Le débat éthique suscité par cette question est sous-tendu par des représentations sociétales fortes concernant la maternité, la maladie, la valeur de la vie. Ces représentations évoluent, pour autant, nous l'avons vu, elles demeurent en tension dans des oppositions qui peuvent être déroutantes.

La société a une image de la maternité idéalisée, d'une grossesse choisie, d'un enfant parfait ou du moins d'une médecine qui pourra prédire la santé de l'enfant à venir. Les progrès de la science ouvrent de nouvelles possibilités mais également génèrent de nouvelles préoccupations.

De nombreuses femmes souffrant de troubles schizophréniques sont aujourd'hui insérées dans la société. La grossesse, la maternité ne sont pas exceptionnelles et peuvent se vivre en dehors du regard des équipes de psychiatrie. Cependant il reste difficile d'envisager qu'une femme qui a du mal à s'occuper d'elle, puisse s'occuper d'un petit enfant.

Les inquiétudes sont certes légitimes, mais des accompagnements thérapeutiques et des aménagements sont possibles.

La question posée, associant grossesse et psychose schizophrénique soulève une problématique éthique troublante dans les cas de vulnérabilité majeure, qu'il s'agisse d'accompagner une femme souffrant d'une pathologie psychiatrique au long court pour une demande d'I.M.G., pour une séparation de la mère et de l'enfant à la naissance ou pour mettre en place un étayage de la relation mère-enfant / parent-enfant.

Face à une femme enceinte souffrant de schizophrénie et présentant une pathologie gravement invalidante, ou ayant des conditions de vie précaires, instables, ... se pose la question de nos convictions propres qui doivent être explicitées, confrontées à celles d'autres partenaires : équipes de psychiatrie, équipes de gynécologie et du secteur médico-social afin d'arriver à une cohérence qui n'est pas naturelle.

En effet chacun est confronté à son vécu, ses représentations et ses interrogations sur la valeur de la vie et son début, sur la mort, la souffrance, le plaisir...

Les situations les plus préoccupantes mobilisent tout soignant comme être humain impliqué dans une société et comme être humain ayant choisi une profession tournée vers l'autre. Cet engagement indispensable contient cette part d'humanité en nous, qui nous invite à protéger une personne vulnérable et à la respecter. Le respect dû à la personne recouvre au moins deux convictions éthiques, d'une part considérer résolument toute personne comme un agent moral autonome et d'autre part accorder à une personne dont l'autonomie est diminuée, le droit d'être protégée.

Nos responsabilités sont alors celles de nous engager auprès de la personne en souffrance, dans le respect de ses valeurs. S'engager en étant attentif au risque d'un effet de saisissement dû à l'émergence d'une situation inquiétante. Si de telles situations nécessitent une grande implication du soignant, il reste recommandé d'inclure l'information dans le processus thérapeutique et de garder la distance nécessaire aux soins afin de laisser toute la place à l'expression d'un choix autonome.

Sur le plan clinique il paraît judicieux de ne pas perdre de temps, pour autant sur le plan éthique, il apparaît important de se déprendre d'un sentiment d'urgence pour penser les

valeurs mobilisées qui fonderont la décision quelle qu'elle soit, sans attendre de celle-ci une solution idéale.

Toute réponse éthique doit se limiter, avec humilité, à montrer le chemin à suivre, sans jamais en connaître le but. Ce qui peut nous guider reste le devoir de penser et de s'engager.

ANNEXES

Annexe 1 : recommandations de l'agence de biomédecine

Le CPDPN s'assure que le consentement libre et éclairé de la femme ou du couple a été recueilli par écrit préalablement à la présentation de son dossier en réunion CPDPN

Conformément à l'article R. 2131-12 du Code de la santé publique, le centre est constitué d'une équipe composée :

1° De praticiens exerçant une activité dans l'organisme ou l'établissement de santé au sein duquel le centre est créé, dont au moins :

- a) Un médecin exerçant sur le site mentionné au 1° de l'article R. 2131-11, titulaire du diplôme d'études spécialisées de gynécologie-obstétrique ou d'un diplôme équivalent;
- b) Un praticien exerçant sur ce site, ayant une formation et une expérience en échographie du fœtus
- c) Un médecin exerçant sur ce site, titulaire du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie ou d'un diplôme équivalent et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de néonatalogie ou d'un diplôme équivalent ;
- d) Un médecin titulaire du diplôme d'études spécialisées de génétique médicale ou d'un diplôme équivalent ;

2° De personnes pouvant ne pas avoir d'activité dans l'organisme ou l'établissement de santé, dont au moins:

- a) Un médecin titulaire du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie ou d'un diplôme équivalent ou un psychologue;
- b) Un médecin titulaire du diplôme d'études spécialisées complémentaires de fœtopathologie ou d'un diplôme équivalent ou d'une expérience équivalente ;

3° De praticiens qualifiés pour procéder aux analyses définies à l'article R. 2131-1 ;

4° D'un conseiller en génétique. »

Pour être membre d'un CPDPN, chaque praticien doit répondre à un des critères énumérés ci-dessus et en faire la demande écrite dans laquelle il déclare :

- avoir pris connaissance et respecter la réglementation régissant le fonctionnement des CPDPN ;
- avoir pris connaissance et accepter le présent règlement intérieur ;
- avoir été informé des modalités de présentation des dossiers et de l'obligation de transmettre de façon exhaustive les informations concernant les dossiers présentés et les issues de grossesse.

Dans la mesure du possible, lorsqu'un praticien relevant du 1° de l'article R.2131-12 du Code de la santé publique envisage de quitter le centre, il en informe le coordonnateur dans un délai permettant le recrutement d'un remplaçant avant la cessation de ses activités au sein du centre.

Conformément à l'article R.2131-21 du Code de la santé publique : « En cas de départ d'un praticien qui était seul à exercer l'une des disciplines mentionnées à l'article R.2131-12, le directeur désigne, dans un délai de trois mois, un praticien pour le remplacer. Si le praticien à

remplacer est un de ceux qui sont mentionnés au 1° de l'article R. 2131-12, le directeur général de l'Agence de la biomédecine donne son approbation à la modification de l'équipe après avis du conseil d'orientation. Le défaut de remplacement des praticiens peut entraîner la suspension de l'autorisation du centre. »

La liste nominative des membres du CPDPN est réactualisée à chaque changement et transmise à l'Agence de la Biomédecine.

L'agrément est délivré par la Direction Générale de l'Agence de la biomédecine pour une durée de 5 ans.

Annexe 2 : Prise en charge des IMG aux Hôpitaux de Saint-Maurice

Rédacteurs :

R. DELPON, obstétricien

C. AUBRUN, sagefemme, cadre supérieur

A. IRURETA, puériculteur, cadre de santé

1. suivi de grossesse

Le suivi de grossesse comprend des examens systématiques :

- Echographiques
- Biologiques
- Cliniques

Selon le profil des patientes ou des résultats d'examens, des recherches complémentaires sont effectuées.

Lorsqu'une patiente entre dans le cadre d'une IMG, elle est informée des examens possibles permettant de confirmer ou infirmer le diagnostic.

Un entretien est effectué avec la patiente pour l'informer des possibilités légales d'intervention en cas de confirmation du diagnostic.

2. les situations qui conduisent à une demande d'IMG

Causes maternelles :

- La patiente est atteinte d'une pathologie avec un risque majeur de décompensation pendant la grossesse
- La patiente est atteinte d'une pathologie grave incompatible avec la grossesse

Causes fœtales :

- Malformations importantes
- Anomalies génétiques

Dans tous les cas, un avis d'expert spécialiste pluridisciplinaire extérieur est sollicité

Pour tous ces examens :

- La patiente dispose des informations complètes et les conséquences de l'acte dispensé
- La patiente donne son consentement

3. la situation entre dans le cadre de l'IMG

Reçue en entretien médical, la patiente est informée du diagnostic qui autorise l'IMG.

Elle décide ou non de suivre cette proposition.

La demande est transmise avec les éléments médicaux au Centre de Diagnostic Prénatal de l'Est Parisien, Trousseau qui est habilité à donner son accord.

Ce centre peut décider de recevoir la patiente, notamment en cas de pathologie complexe, avant de donner son accord.

Après réception de l'accord, la prise en charge de la patiente pour l'IMG est planifiée aussi rapidement que possible avec une équipe pluridisciplinaire.

4. Organisation de l'IMG

Le parcours de la prise en charge est le suivant :

- Consultation médicale avec selon les cas discussion de l'utilité d'une autopsie
- Consultation d'anesthésie
- Dispensation pharmaceutique en fonction du terme de la grossesse
- Hospitalisation de la patiente 48 h après
- Ponction intracardiaque fœtale au bloc opératoire
- Passage en salle de naissance pour déclencher l'accouchement (en général dans la journée)

1) A la naissance :

Le corps de l'enfant est pris en charge comme un nouveau-né :

- Identification par bracelets d'identité
- Toilette de l'enfant
- Préparation de l'enfant pour être présenté aux parents avec les vêtements apporté ou non par les parents

Prise de clichés photographiques qui permettent aux parents de visualiser objectivement le corps de leur enfant. Ces clichés sont proposés aux parents à la sortie de la mère, s'ils ne le souhaitent pas, ces clichés resteront à leur disposition dans le dossier en cas de besoin.

Le corps de l'enfant est conservé à la maternité pendant le séjour de la mère de façon à lui permettre de le voir pour l'accompagner dans son deuil.

Les obsèques sont organisées selon la volonté des parents :

- Prise en charge par les parents avec toutes les possibilités des obsèques habituelles.
- Prise en charge par l'établissement sur décision des parents ou en cas de non décision après 10 jours.
-

2) Les suites :

Les suites de couches se déroulent de la même façon que des suites de couches normales avec un retour à domicile favorisé de façon précoce (J1).

Un suivi psychologique est proposé en externe.

3 mois après la patiente est recontactée par le médecin pour une visite post natale et discuter des résultats anatomo-pathologiques suivant la situation.

Au niveau administratif :

Suivant le poids et le terme de l'enfant la déclaration à l'état civil est possible ou obligatoire, à la condition que l'enfant soit sexué.

Cas particulier :

Parfois les difficultés sont connues avant le terme légal de l'IVG (14 SA) : la démarche reste celle de l'IMG et ne peut pas entrer dans le cadre de l'IVG.

Annexe 3 : Apports cliniques

Rédacteurs :

Madame BRENNETOT, psychologue clinicienne

Monsieur LEGENDRE, psychologue clinicien

1- Les modifications psychologiques au moment de la grossesse chez une femme

Le désir d'enfant est un processus complexe pas toujours maîtrisable par la conscience, ce désir est obligatoirement pris par des mouvements inconscients en lien avec l'histoire personnelle et les conflits psychiques antérieurs de chaque future maman.

Il est nécessaire de souligner que le désir d'enfant, le désir de grossesse et désir d'être mère ne se superposent pas toujours.

La maternité n'est plus un destin ou un devoir, la contraception permet le contrôle des grossesses, pour la plupart des situations la grossesse est un projet préparé, attendu et organisé par le couple.

Le désir d'enfant résulte de multiples facteurs ;

→ Collectifs et universels (assurer la reproduction de l'espèce, besoin et déterminisme culturelles et/ou religieux...)

→ Pour le couple, le désir d'enfant va venir marquer l'accomplissement de la relation amoureuse, il peut y avoir d'autres motivations comme « ressouder » le couple après une séparation ou un conflit.

→ Individuels : sur le plan personnel le désir d'enfant fait appel à l'idée de la transmission de l'histoire personnelle et familiale.

Les facteurs psychiques inconscients sont en œuvre depuis la naissance de ce désir, pendant la grossesse, jusqu'à la naissance de l'enfant et ses premiers mois de vie.

Ce désir est bien souvent marqué *d'ambivalence*, autrement dit une coexistence d'affects positifs et négatifs en même temps vis-à-vis du désir d'enfant.

A noter que les contraintes réelles et de la grossesse et la souffrance de l'accouchement, ainsi que les difficultés d'exercer ses fonctions maternelles peuvent entraîner un sentiment d'agressivité vis-à-vis de l'enfant.

Selon Mélanie Klein, la femme peut avoir recours à l'idéalisation massive de l'enfant pour permettre de mettre à distance les affects négatifs.

Sur un plan plus général, la société affiche un idéal de grossesse qui peut induire une culpabilité chez certaines femmes qui ne ressentent pas la joie et la plénitude promises et attendues.

En effet, le projet de devenir mère fait resurgir l'histoire relationnelle et une réactualisation des conflits mère-fille. Devenir mère c'est se rapprocher de sa propre mère et dans le même temps s'en différencier, ceci implique aussi la possibilité de lâcher l'illusion de l'éternelle jeunesse et le statut de « fille de... » ; c'est aussi accepter que ses propres parents vieillissent et vont mourir.

Le parcours de la grossesse peut donc être vécu de différentes façons selon la personnalité propre de chaque femme. On peut dégager deux versants :

- versant narcissique : la grossesse apporte un sentiment de complétude, la grossesse comme une preuve d'une féminité et d'une fertilité, accompagné d'un sentiment de puissance et de réussite, l'enfant qui vient combler un manque ou un vide, la grossesse peut aussi prendre le sens d'une réparation narcissique de blessures psychiques anciennes.
- Angoisse identitaire marquée par la crainte et les inquiétudes chez la future mère, la crise de la grossesse réveille l'anxiété et les conflits inconscients.

La clinique nous montre qu'au cours de la grossesse une « **transparence psychique** » et une baisse des résistances psychiques habituelles. Des souvenirs infantiles, des fantasmes de régression, des deuils surgissent dans le champ de la conscience.

Cette transparence psychique avec la libération des émotions liées aux souvenirs permet une plus grande disponibilité psychique pour prendre soin de l'enfant à naître.

Racamier, dans « *la mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum* », évoque la notion de « maternité », une crise psychique narcissique accompagnée de bouleversements hormonaux, physiques et psychiques.

Selon ce même auteur, les désordres psychopathologiques de certaines grossesses avec la psychose du post-partum seraient **l'accentuation à l'extrême de mouvements psychiques universels propres à cette période de la vie féminine.**

La grossesse est décrite comme une période de fragilité psychique, « une crise maturative » avec une réorganisation de la personnalité de la femme.

Au cours de la grossesse, l'enfant désiré passe progressivement d'un statut « *d'objet narcissique* » à un statut « *de sujet* » pour la mère.

Grâce au processus psychologique de renoncement, « l'enfant imaginaire » (on imagine son caractère et son apparence) laisse place à « l'enfant réel ».

Pour ce faire, la mère doit se sentir en sécurité avec elle-même en lien avec une histoire familiale bienveillante et pouvoir s'inscrire dans une filiation. Devenir mère implique également une capacité d'anticipation et de faire face à l'imprévisible.

- **Accouchement et naissance**

La naissance de l'enfant modifie complètement la représentation maternelle du bébé imaginaire, ces représentations vont évoluer pour laisser place à l'enfant réel.

L'accouchement est une expérience de séparation physique puis psychologique permettant de se représenter l'enfant comme un être à part entière indépendant de la mère même s'il reste dépendant d'elle pour subvenir à ses besoins.

Ce processus de « séparation/individuation » est fondamental dans la construction identitaire de l'enfant.

- **les liens mère-bébé**

« L'instinct maternel » a été beaucoup discuté dans le champ de la psychanalyse. En réalité la mère découvre son enfant et fait connaissance avec lui petit à petit, c'est le fruit d'un apprentissage plutôt qu'une compétence innée.

Même quand un enfant est désiré, son arrivée bouleverse la vie psychique de la mère.

Winnicott, nomme « préoccupation maternelle primaire », cet état psychique maternel particulier qui débute pendant la grossesse et se poursuit après la naissance, un état qui lui permet d'identifier les besoins de son enfant et d'y répondre de façon adaptée.

Etre « une bonne mère », selon ce même auteur, c'est avoir la capacité de répondre aux besoins physiologiques et affectifs de l'enfant de façon adapté « ni trop tôt, ni trop tard », avec un délai supportable pour l'enfant.

La clinique nous montre que cette adaptation et cet accordage mutuel entre la mère et son bébé peut être difficile et mis à mal pour des raisons internes ou externes.

2- Particularité du parcours de la grossesse chez la femme souffrant de psychose

- **Quelques données sociologiques**

Depuis les années 50, on observe à la fois une augmentation de l'utilisation des neuroleptiques favorisant la sortie de l'hôpital des personnes psychotiques et un accroissement de l'utilisation des contraceptifs. Ces deux éléments peuvent expliquer en partie le rapprochement des comportements sexuels des personnes psychotiques à celui de la population générale. On retrouve des désirs, des questionnements, des fantasmes et une vie sexuelle à peu près similaires dans ces deux populations.

Selon Miller et al., on retrouve chez les personnes psychotiques une majoration de l'instabilité affective, des violences subies, du nombre de partenaires, des IVG, des grossesses non-programmées, des activités de prostitution, et de viols. En revanche, il note une baisse de la satisfaction physique et affective, et du désir sexuel. Le désir d'enfant est aussi moins fréquent dans cette population même pour les femmes psychotiques avec un partenaire stable. Tous ces éléments dépendent évidemment de l'intensité des troubles de la pathologie psychiatrique et des troubles cognitifs liés à la maladie qui entraînent souvent une méconnaissance de l'anatomie et de la physiologie. Les comportements sexuels à risque sont aussi plus fréquents dans cette population que dans la population générale.

Le taux de célibataire est deux fois plus élevé chez les femmes souffrant de schizophrénie et six fois plus après 40 ans. Les divorces sont aussi plus fréquents que dans la population générale.

Les femmes schizophrènes qui deviennent mères ont souvent un début des troubles plus tardif, elles ont été ou sont mariées, et ont un meilleur fonctionnement pré-morbide. Deux-tiers ont déjà eu leur premier enfant avant le début des troubles.

2 à 4% des conjoints ont la même pathologie que leur femme, et on trouve un taux élevé d'alcoolisme chronique et de retard mental.

- **Place de l'enfant et rôle du père**

On peut observer divers contextes de grossesse chez la femme schizophrène :

- l'absence de planification au sein d'une relation affective peu élaborée. Risque d'un investissement faible de l'enfant.
- Réparation offerte par le conjoint à sa femme pour ses difficultés d'adaptation.
- Nécessité normalisatrice apportant un statut valorisant pour le père.
- Découverte de la psychose au moment de la grossesse. L'enfant porte une responsabilité plus ou moins consciente.

Le rôle du père dépend de la place qu'il prend et que la femme lui donne. Certains sont des partenaires, de passage, inconnu ou qui refusent de s'investir, d'autres, plus stables, partent au moment de la grossesse ou après l'accouchement. Le père peut-être vécu comme un intrus

dans la relation fusionnelle entre la mère et l'enfant. Il peut aussi combler les défaillances maternelles en ayant un rôle maternel et paternel, ou faire porter toutes les difficultés à la mère en raison de sa maladie.

- **Deux éléments spécifiques peuvent être à l'origine d'un désir d'enfant chez la femme souffrant de psychose**

- Quête de normalisation : façon d'affirmer une liberté d'acte et de décision face à l'entourage, aux soignants et à la société.
- Renforcement du déni des troubles (baisse des médicaments et augmentation de l'estime de soi), désinvestissement de la prise en charge, incompréhension des conséquences de la maladie sur la grossesse.

- **Les risques particuliers de la perception et des représentations de la femme enceinte psychotique**

La réalité physique de l'existence de l'enfant n'est pas perçue : elle pense et ressent jusqu'à l'accouchement comme au cours du 1er mois. Elle parle d'état de grossesse plus que d'enfant. Dans ce cadre, l'accouchement a une valeur d'amputation brutale et risque d'entraîner une décompensation psychique. La grossesse apporte un sentiment de complétude face au vide, à l'inconnu de l'enfant à naître.

En fonction de la forme de schizophrénie sont décrits :

- Hébéphrène : grossesse reste abstraite, sans attente d'un enfant.
- Paranoïde : intégration du désir d'enfant dans le vécu interne mais souvent délirant.
- Dysthymique : désir d'enfant et de maternité mieux élaboré en général.

- **Accouchement et post-partum :**

L'accouchement peut être vécu comme violent et raviver les fantasmes d'effraction, de viol, de mutilation, d'éclatement. Au post-partum, la nécessité d'intimité et de proximité corporelle avec l'enfant par la fusion et d'identification à l'enfant est difficile pour la mère psychotique. L'angoisse peut empêcher ce processus et favoriser un délire protecteur niant la naissance, la filiation, le mariage. Certaines ont de bonnes capacités de maternage. D'autres, plus déficitaires restent indifférente.

- **Influence de la grossesse sur la psychose**

Il y a eu très peu d'investigations faites sur l'influence de la grossesse sur la psychose mais au moment du post-partum, on retrouve des décompensations aiguës dans 25 à 50% des cas. Elles diffèrent des psychoses du post-partum.

- **Relation entre la mère atteinte de schizophrénie et son enfant**

Un des problèmes majeurs dans la relation mère-enfant, est la difficulté de la mère à délimiter la réalité intérieure et extérieure, entre le moi et le non-moi. La réalité du bébé n'est pas investie et de multiples contradictions peuvent survenir dans la prise en charge en raison du contraste entre le désir d'enfant et l'angoisse du bébé réel. Après la naissance, le bébé peut être perçu comme une bonne partie d'elle-même et elle va le garder au point de se montrer physiquement étouffante. Les manifestations du bébé peuvent paraître menaçantes. Pour se défendre, elle peut le menacer, l'ignorer. On peut aussi observer un délire qui prendrait la place d'un passage à l'acte.

Au moment des interactions précoces, on constate un évitement du contact visuel, une rareté du regard mutuel, une pauvreté des interactions vocales, une quasi-absence de la relation ludique, une incapacité de la mère à renvoyer des affects. Sur le plan moteur, c'est de l'hypertonie ou abandon physique en fonction de l'état maternel. Il y a une tolérance faible de

la mère à la motricité propre du bébé. Le maternage est compliqué car la mère ne discerne pas les besoins du bébé et répond en fonction de ses propres besoins. En réponse, l'enfant a l'impression d'être inactif sur l'environnement. Il a une hyper vigilance au style maternel risquant d'entraver sa maturation. C'est le bébé qui s'adapte à sa mère et ses besoins.

Annexe 4 : Références

CICO

A noter, l'existence d'une consultation spécifique psychiatrie et grossesse, le CICO, Consultation d'Information, de Conseils et d'Orientation.

Cette consultation s'adresse à des femmes suivies pour troubles psychiques, enceintes ou ayant un désir d'enfant.

Cette consultation, non sectorisée, est ouverte aux patientes ou aux couples adressés par les PMI, maternités, médecins généralistes, psychiatres, gynécologues, sages femmes, ainsi que les centres hospitaliers de la région parisienne.

Contact :

CICO

Secrétariat de Madame le Dr Marie Noelle VACHERON, psychiatre et Madame le Dr Anne Sophie MINTZ, pédo psychiatre.

CATTP ALESIA, SECTEUR 13

145 BIS RUE D'ALEZIA 75014 PARIS

01 45 65 83 08

CPDPN TROUSSEAU

Responsable Pr. J.M. JOUANNIC

Hôpital Armand TROUSSEAU

26 av du Dr A. Netter 75012 Paris

01 44 73 52 28

CRAT, Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, propose une information en ligne sur les risques des médicaments pendant la grossesse

www.lecrat.org

Hôpital Armand TROUSSEAU

26 av du Dr A. Netter

75012 Paris

01 43 41 26 22 (n° réservé aux professionnels de santé)

Protection de l'enfance :

La loi du 5 mars 2007 réaffirme la place du Conseil Général en tant que chef de file de la protection de l'enfance dans chaque département. La loi crée les cellules départementales de recueil des informations préoccupantes ou CRIP.

Ces cellules départementales sont chargées du recueil-traitement et de l'évaluation des situations préoccupantes.

La possibilité d'un placement (provisoire, à moyen ou plus long terme) existe dans le cas de danger avéré nécessitant une protection immédiate pour l'enfant. Au préalable de cette mesure et selon les situations une information préoccupante(IP) ou un signalement sont rédigés.

- L'information préoccupante concerne les situations d'enfants en risque de danger ou en danger.
- Le terme de signalement est désormais réservé à la transmission d'éléments, directement au procureur de la république, quand un enfant est gravement atteint dans son intégrité physique et psychique, quand l'enfant est menacé de faits susceptibles de revêtir une qualification pénale et qu'il nécessite une protection immédiate.

Références bibliographiques :

APTER G., GAREZ V., MEDJKANE F., *Pathologie psychiatrique et grossesse*, la Revue du Praticien vol. 62 septembre 2012,

BENATHZMANE N, CHOUDEY M, VIALA A: *Psychose et grossesse ; données actuelles sur la pharmacothérapie* Revue – Supplément à NERVURE – Journal de Psychiatrie – Tome XIX – N°4 Mai 2006

BESSON Jacques et Al., *Petit parent deviendra grand*. Spirale 1/2004 n°29 p25-32

BYDLOWSKI M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Le Fil Rouge. PUF novembre 2008

CAZAS Odile, *Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ?* Gynécologie-Obstétrique et Fertilité 35(2007) p1055-1059

CAZAS Odile, *Psychose et grossesse*, Confrontations psychiatriques : Périnatalité n° 50 p145-161

CHOUDEY M, *Désir d'enfant chez la femme schizophrène. Spécificités par rapport à la femme non psychotique, position et rôle du psychiatre*. Thèse pour le doctorat en médecine sous la présidence de Monsieur le Professeur OLIE et la direction de Monsieur le Docteur CAROLI. Université René Descartes 2004

CHOUDEY M, DUCROIX C, VACHERON M N, *Du désir d'enfant au désir de l'enfant : particularités chez la femme atteinte de trouble psychotique*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 56 (2008) 506-511

DERVAUX Alain, SANA Malika, BAVOUX Françoise, *Psychoses chroniques, psychotropes et grossesse* l'Information psychiatrique vol. 81, n°2 février 2005

EPELBOIN Sylvie, *Gestation pour autrui : une assistance médicale à la procréation comme les autres*, l'Information psychiatrique vol. 87, n°7 septembre 2011

GAILLE Marie, *La valeur de la vie*, Ed. Les Belles Lettres, Coll. Médecine et sciences humaines, 2010

GAILLE Marie, *Le désir d'enfant*, Ed. Presses Universitaires de France – PUF, 2011

LEVINAS Emmanuel : *Humanisme de l'autre homme*, Ed. Le Livre de Poche

MOURNETAS E., BOURRAT M.M., VENDITTELLI F., *Troubles psychiques autour de la maternité. A propos de 16 cas*, Revue Française de Gynécologie Obstétrique 1993, 88,12 595-598

RICOEUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Ed. du Seuil, 1990 (7ème étude, Le soi et la visée éthique, pages 199 à 236).

RUET-LE NEN E, HEMERY Y, Prescription de psychotropes et grossesse, l'Information psychiatrique 2003, 79, 171-2

SOUBIEUX Marie José, Le berceau vide, Ed. Eres, 2008

SUTTER-DALLAY et Al., Psychose et maternité, l'Information psychiatrique vol. 86, n°2 février 2010

VACHERON Marie-Noëlle., MINTZ Anne-Sophie : Quelle information donner à une femme souffrant de troubles psychotiques ou de troubles bipolaires avant la naissance d'un enfant ?, Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences 2011-9 p86-94

de WAILLY-GALEMBERT et Al. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? Médecine et Hygiène 2012/2 vol.24 p117-139

WEBER J-C et Al., Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques, Sciences sociales et Santé vol 26, n°1 mars 2008 p93-120

Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé
Avis sur les problèmes éthiques liés aux diagnostics anténatals : le diagnostic prénatal (DPN) et le diagnostic préimplantatoire (DPI) Avis n°107 - 2009

Comité National d'Éthique de Tunisie
Interruption médicale de la grossesse – Avis n°9, avril 2012

Haute Autorité de Santé
Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement
Informations lors de l'orientation et de la réorientation. Décembre 2009

Haute Autorité de Santé
Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse
Recommandations. Décembre 2010

Rencontres Sainte-Anne – Parentalité et maladie psychique
Comment accompagner le désir d'enfant ?
Premières Rencontres, mars 2012

Rencontres Sainte-Anne – Parentalité et maladie psychique
Vers un renoncement à la grossesse
Deuxièmes Rencontres, avril 2013