



**Compte-rendu
du Groupe de Chartres
« PSYCHOPATHOLOGIE CONCEPTIONNELLE ET
DEVELOPPEMENT ANTENATAL »**

MARS 2004, N°5

Société Marcé

**Association francophone pour l'étude des
Pathologies psychiatriques puerpérales
et périnatales**

**URGENCES PSYCHIATRIQUES
ET RESEAU DE SOINS EN
PSYCHIATRIE PERINATALE**

La cinquième réunion de notre groupe, tenue à Chartres le 27 mars 2004 (SPIJ, Dr. J. Constant, Les Hôpitaux de Chartres), fut consacrée à une enquête effectuée par le Dr. Penka Hristova au sein du service des urgences psychiatriques. A l'origine, cette enquête avait pour objectif de décrire la population des femmes enceintes qui venait consulter en urgence pour un motif psychiatrique. En réalité, cette étude a permis de mieux apprécier le travail de réseau effectué autour de la périnatalité, à partir de ce lieu de soin.

Benoît Bayle

QUI SONT LES ACTEURS DU RESEAU ?

**Travail en réseau et psychiatrie périnatale :
à propos d'une enquête au service des
Urgences (Hôpital de Chartres)**

Par le Docteur Penka Hristova-Ivanova,
praticien hospitalier, Secteur 28G02 de Psychiatrie
Adulte, Centre Hospitalier Henri EY, Bonneval (28)

I - Introduction

Les termes "réseau de soins", "réseau de santé", "acteurs de soins" continuent à défiler sur la scène des débats concernant l'organisation et l'évaluation des systèmes de soin. Il reste rare de ne pas entendre ces termes ces derniers temps lors de rencontres dédiées à la planification des soins de santé, ou de ne pas les lire dans des documents administratifs ou consensuels

(décrets, lois, recommandations) traitant des nouvelles politiques de santé.

La psychiatrie faisant partie des spécialités médicales n'est guère épargnée par l'invasion de ces termes non cliniques voire techniques au moment où l'organisation des soins mentaux tente de se « protocolariser ».

A l'opposé de ce discours uniforme (réseau de soins, circuit du patient, acteurs des soins) qui illustre les nouvelles stratégies dans le système de santé, on observe un retard dans leurs réalisations pratiques. D'où vient ce paradoxe ? Est-ce une réticence envers les nouveautés, est-ce un problème de vocabulaire, de formation ? S'agit-il d'une expérience existante à redécouvrir et à réinstaurer en modernisant sa garde-robe terminologique ?

Par rapport au terme réseau, par exemple, nous avons l'impression qu'il s'agit d'un mot "valise" dans lequel se trouveraient différents sens. S'agit-il d'un système ouvert de communication d'informations sur les patients ou d'un «filet» à petites ou grandes mailles grâce auxquelles on «capte» le patient dans le souci de ne pas le perdre de vue ? Malheureusement, cette dernière notion du réseau-filet de soins est ressentie fortement, par moment dans les dires de certains intervenants et on se pose la question suivante : comprend-on la même chose quand on parle de réseau de soins en psychiatrie ? De quels acteurs parle-t-on et quels sont leurs rôles, sur quelles scènes ?

Pour tenter d'y répondre, dans un premier temps, nous réfléchissons sur le terme du réseau en prenant pour exemple le domaine de la psychiatrie périnatale, domaine médical pluridisciplinaire qui est sensé par définition, solliciter l'application de différents acteurs de soins. Notre observation est fondée sur une enquête réalisée sur la proposition du Dr B. Bayle (Psychiatre Praticien Hospitalier au service de psychiatrie Infanto-Juvenile - Hôpitaux de Chartres) au sein du service des urgences de l'hôpital général de Chartres sur une période de 13 mois (1er mars 2000 - 1er mai 2001). Le service des urgences est également représentatif en tant que structure de travail en réseau avec les médecins généralistes, les spécialistes, l'entourage du patient, les travailleurs sociaux, et parfois même avec la police et la gendarmerie. Notre réflexion dans ce travail part du point de vue du psychiatre polyvalent, qui rencontre dans sa pratique aux urgences de l'hôpital général des femmes en période de périnatalité. Dans ce contexte un travail en réseau avec les spécialistes de ce domaine a été proposé, pour certains cas, et parfois réalisé ; de même pour un groupe de patientes témoins.

Dans un deuxième temps, nous allons présenter quelques cas cliniques de femmes en situation de périnatalité, incluses dans notre enquête. Ces cas illustrent la variabilité des termes de réseau de soins d'un cas à l'autre, et montrent combien les généralisations et les clichés dans cette matière sont tentants mais parfois équivoques.

A la fin nous discuterons et concluons sur les résultats de cette enquête qui se sont parfois avérés quelque peu inattendus.

II – Enquête au sein du service des urgences psychiatriques (hôpital général de Chartres) : à propos du travail en réseau pour les cas relevant de la psychiatrie périnatale.

A – OBJECTIFS. CONTEXTE.

Nous avons voulu étudier les questions suivantes :

Quels sont réellement les acteurs du réseau en périnatalité, sur le terrain, ou les personnes susceptibles de s'impliquer dans ce rôle ultérieurement ? Quelles sont les traces du réseau des soins en pratique ?

Pour répondre en partie à ce questionnement, nous nous sommes orientés vers un repérage des acteurs du réseau de soins en psychiatrie à partir d'une enquête, incluant un échantillon de patientes en période de périnatalité et de femmes - témoins, admises aux urgences psychiatriques pour un motif psychiatrique (contexte spécifique des urgences)

Au fond, les urgences sont :

- un lieu de rencontre privilégié de la crise psychiatrique (M. Horassius-Jarrié et E. Baldo, 2000)
- un lieu de dépistage possible de troubles psychopathologiques non encore pris en charge
- un lieu qui permet une prise en charge spécialisée précoce, au cœur d'un travail de réseau.

Nous avons décidé de mener cette enquête aux Urgences pour détecter des femmes présentant des troubles psychopathologiques périnataux aigus, subaigus ou potentiels, pour suivre leur évolution, ainsi que pour visualiser le suivi de la prise en charge après leur passage aux urgences notamment par le réseau.

Enfin, signalons que notre étude d'évaluation de l'existant sur le réseau dans l'axe urgences-périnatalité se base sur les données de cette enquête, incluant un effectif relativement réduit de femmes en situation de périnatalité et de crise psychiatrique (21 femmes "cas" et 21 femmes témoins).

B - METHODE

a) Lieu de l'enquête

L'enquête s'est déroulée dans le service des Urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval (28), situé au sein de l'hôpital Louis Pasteur, les Hôpitaux de Chartres (28).

b) Durée de recueil de données

La durée de constitution de l'échantillon de l'étude a été de 13 mois.

c) Population

Pour être retenue par cette étude, les femmes devaient répondre aux critères d'inclusion précis :

- toute femme enceinte ou en période post-natale de 0 à 6 mois après l'accouchement qui se présente aux Urgences du 1er mars 2000 au 1er mai 2001 pour un motif psychiatrique
- âge : 15 à 45 ans
- consentement pour participer à l'étude
- maîtrise suffisante du français

Pour les femmes témoins, les critères d'inclusion ont été les suivants :

- femmes ne se trouvant pas en période de périnatalité et se présentant aux Urgences du 1er mars 2000 au 1er mai 2001 pour un motif

psychiatrique

- âge : 15 à 45 ans
- consentement pour participer à l'étude
- maîtrise suffisante du français

d) Evaluation

L'identification des acteurs du réseau de soins s'est faite par le biais d'entretiens semi-structurés à l'admission des patients. Une évaluation diagnostique standardisée a été réalisée par le M.I.N.I. 5.0.0. version française CIM 10.

Dépression et anxiété ont été évaluées par l'échelle HAD de Zigmond et Smith. A 6 mois, un questionnaire semi-ouvert a été adressé aux femmes concernées et un autre à leur médecin généraliste ou aux autres intervenants (psychiatres, gynécologues, intervenants de la PMI, travailleurs sociaux) repérés à l'entretien initial pour une évaluation clinique et du réseau des soins.

A toutes les femmes incluses dans l'enquête, six mois après leur hospitalisation aux urgences, la question suivante a été posée : par qui êtes vous suivie après la crise pour laquelle vous avez été adressée aux Urgences ?

C - RESULTATS

Tableau 1 - Caractéristiques à l'admission - description de la population

L'effectif total des cas, correspondant aux critères d'inclusion a été égal à 42 patientes : 10 femmes enceintes, 11 femmes en période post-natale et 21 femmes témoins, 10 situations « cliniques » de femmes enceintes ou en période de post-partum rencontrées dans les 13 mois de recueil de l'échantillon ont été exclues de l'étude pour non correspondance aux critères d'inclusion. Les femmes enceintes ont présenté un plus faible risque suicidaire que les femmes en période de post-partum et les femmes témoins.

Nous avons décidé de comparer le profil clinique des femmes "cas" en période périnatale (enceintes ou en situation post-natale) avec le profil clinique de femmes témoins en homogénéisant les groupes et en les comparant avec le groupe témoins (tableau II)

Tableau 2 - Comparaisons entre le groupe de femmes enceintes ou en post-partum (cas) et les témoins (variables à l'hospitalisation)

Les tentatives de suicide ont été plus fréquentes chez les témoins - 48 % ($p = 0,20$), mais les différences n'ont pas été statistiquement significatives.

Néanmoins, 29 % des femmes en période de périnatalité ont consulté aux urgences pour une tentative de suicide, ce qui souligne l'intérêt d'une réflexion plus précise sur la prise en charge de ces cas. Les troubles psychopathologiques prédominants ont été des états anxio-dépressifs dans le cadre des différentes entités diagnostiques.

Tableau 3 - Qui a adressé la patiente aux Urgences ? (repérage des acteurs de soins)

Au total sur 42 patientes, la moitié a été adressée aux urgences par l'entourage socio-familial et un quart par leur médecin généraliste. Une partie des femmes enceintes (presque la moitié) a été envoyée aux urgences par le service de la maternité.

Tableau 1

	Femmes		
	Enceintes N = 10	En post-partum N = 11	Témoins N = 21
Première consultation en psychiatrie	3	5	11
Situation maritale			
mariée	5	7	10
concubinage	4	2	5
célibataire	1	2	6
Activité professionnelle			
étudiante	0	1	1
en activité	7	7	13
femme au foyer	1	0	2
sans emploi	2	3	5
Scolarité			
avant BAC	2	6	9
BAC	6	3	9
études supérieures	2	2	3
Lieu de résidence			
<2000 habitants	2	2	2
2000-20000 habitants	2	2	7
20000-100000 habitants	5	7	12
région parisienne	1		
Risque suicidaire défini par le M.I.N.I.			
pas de risque	6	4	5
léger	2	0	0
moyen	1	0	0
élevé	1	7	15
TS à l'admission	1	5	10

Tableau 2

	FEMMES		p
	C A S	T E M O I N S	
	N = 21	N = 21	
Première consultation psychiatrique	13 (62 %)	10 (48 %)	0.23
Age, m (DS)	28.8 (6.4)	32.2 (10.4)	0.21
Diagnostic à l'admission			
dépression	7 (33 %)	6 (29 %)	
psychoses	2 (10 %)	1 (5 %)	0.03
névroses (troubles anxieux, réactions de stress)	7 (33 %)	1 (5 %)	
TS	5 (24 %)	13 (62 %)	
H A D - anxiété	13.3 (3.1)	13.1 (4.2)	0.81
H A D - dépression	10.2 (4.7)	9.4 (4.7)	0.51
H A D - global	23.6 (6.0)	22.5 (7.2)	0.59
Risque suicidaire élevé	8 (38 %)	14 (71 %)	0.03
TS à l'admission	6 (29 %)	10 (48 %)	0.20
Antécédents TS	7 (33 %)	7 (33 %)	
Durées symptômes			
1 - 10 jours	5 (24 %)	7 (33 %)	
< 3 mois	16 (76 %)	5 (24 %)	0.001
> 6 mois	0	9 (54 %)	
Traitement psychiatrique avant	8 (38 %)	10 (48 %)	0.53

Tableau 3

	Femmes		
	Enceintes N = 10	En post-partum N = 11	Témoins N = 21
elle-même	0	2	3
entourage	3	6	11
médecin généraliste	2	2	6
service Maternité	4	1	0
psychiatre CMP	1	0	1

Tableau IV - Vers qui la patiente a été orientée dès la sortie des urgences ? (repérage des acteurs de soins)

		GROUPE			TOTAL
		Enceintes	En post-partum	Témoins	
Sortie - CMP	Effectif	2	4	6	12
	% dans GROUPE	20,0 %	36,4 %	28,6 %	28,6 %
Sortie - Médecin généraliste	Effectif	1			1
	% dans GROUPE	10,0 %			2,40 %
Sortie - psychiatre privé	Effectif			4	4
	% dans GROUPE			19,0 %	9,5 %
Hôpital général pour son problème psychique	Effectif	4	4	9	17
	% dans GROUPE	40,0 %	36,4 %	42,9 %	40,5 %
Hospitalisation en milieu spécialisés en HL	Effectif	1	2		3
	% dans GROUPE	10,0 %	18,2 %		7,1 %
Hospitalisation en milieu spécialisés en HDT	Effectif	1		2	3
	% dans GROUPE	10,0 %		9,5 %	7,1 %
Hospitalisation dans clinique privée	Effectif		1		1
	% dans GROUPE		9,1 %		2,4 %
Vers les services sociaux	Effectif	1			1
	% dans GROUPE	10,0 %			2,4 %
TOTAL	Effectif	10	11	21	42
	% dans GROUPE	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,00 %

Dans l'ensemble prédominent les orientations vers l'hôpital général, hôpital qui dans notre cas possède un dispositif de prise en charge des patients psychiatriques par le biais des psychiatres de liaison et de l'ensemble de l'équipe intersectorielle spécialisée. Plus d'un quart des patientes ont été orientées vers le CMP, les hospitalisations en milieu spécialisé (libres ou sous contrainte) s'avèrent peu nombreuses.

A 6 mois : 45 % des femmes de notre échantillon et 64 % des médecins généralistes ont répondu aux questionnaires. Le réseau psychiatrique (suivi spécialisé) a été activé pour la moitié des cas des deux groupes (tableau VI).

Tableau V - Réponses des autres intervenants du réseau (des acteurs de réseau)

	Femmes			TOTAL N = 42
	Enceintes N = 10	En post-partum N = 11	Témoins N = 21	
Gynécologue	3 (30 %)	1 (9 %)		4 (9,5 %)
Psychiatre traitant CMP	1 (10 %)	2 (18 %)	3 (14,3 %)	6 (14,3 %)
Psychologue		1 (2,4 %)		1 (2,4 %)
Psychiatre en ville		1 (9,1 %)		1 (9,1 %)
PMI	-	-	-	
Services sociaux	1 (10 %)	-	-	1 (10 %)
Deux ou plusieurs intervenants cités plus haut (PMI, psychologues ...)	3 (30 %)	2 (18,2 %)	2 (9,5 %)	7 (16,7 %)
Pas de réponse	2 (20 %)	3 (28 %)	15 (71,4 %)	20 (47,6 %)
autres	-	1 (9 %)	-	1 (9,1 %)

On observe une variabilité des intervenants complémentaires autres que le médecin généraliste. Il y a une légère prédominance des intervenants du secteur psychiatrique public. Effectivement on retrouve dans ce tableau les membres d'un réseau qui s'avère effectif et opérationnel pour nos patientes.

Le médecin généraliste reste la personne de référence dans la prise en charge des femmes du groupe périnatalité pour la moitié des cas. Pour les femmes du groupe témoin, il reste l'intervenant principal pour 1/3 des cas. Finalement la patiente s'avère être le décideur de se faire intégrer ou non dans un réseau de soins.

Les femmes du groupe périnatalité (enceintes et en période de post-partum) ont bénéficié d'un intérêt particulier des intervenants - jusque 4 et plus de réponses presque dans la moitié des cas. Pour le groupe témoin, plus d'un tiers ont

bénéficié d'une prise en charge par 2 intervenants.

Tableau VI - Suivi psychiatrique dans 6 mois réalisé par qui?

		GROUPE			TOTAL
		Enceintes	En post-partum	Témoins	
Psychiatre CMP	Effectif	1	1	2	4
	% dans GROUPE	10,0 %	14,3 %	15,4 %	13,3 %
Psychiatre libéral	Effectif		2	1	3
	% dans GROUPE		28,6 %	7,7 %	10,0 %
Médecin généraliste uniquement	Effectif	1		2	3
	% dans GROUPE	10,0 %		15,4 %	10,0 %
Médecin généraliste et psychiatre	Effectif	1	1	3	5
	% dans GROUPE	10,0 %	14,3 %	23,1 %	16,7 %
Par plus de deux intervenants du réseau	Effectif	1	1	3	5
	% dans GROUPE	10,0 %	14,3 %	23,1 %	16,7 %
PMI	Effectif	1			1
	% dans GROUPE	10,0 %			3,3 %
PMI et médecin généraliste	Effectif		1		1
	% dans GROUPE		14,3 %		3,3 %
PMI, psychiatre et généraliste	Effectif	1			1
	% dans GROUPE	10,0 %			3,3 %
Pas de suivi psy	Effectif	3	1	2	6
	% dans GROUPE	30,0 %	14,3 %	15,4 %	20,0 %
Assistante sociale de secteur	Effectif	1			1
	% dans GROUPE	10,0 %			3,3 %
TOTAL	Effectif	10	7	13	30
	% dans GROUPE	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,00 %

Le suivi psychiatrique dans les 6 mois est réalisé le plus souvent par des spécialistes, seul ou en collaboration avec le médecin traitant, mais les variabilités de ce suivi sont nombreuses selon le choix de la patiente (ex: PMI, AS, ...). Les intervenants principaux restent le psychiatre du secteur, les psychiatres libéraux, mais au même titre que les médecins généralistes. Dans les 6 mois, 46 % des femmes du groupe témoin ont un état considéré comme aggravé sur le plan psychopathologique ou resté sans changement ($p = 0,04$). Selon les données des intervenants dans 63 % des femmes du groupe périnatalité et dans 85 % des femmes du groupe témoin, le diagnostic psychiatrique est resté le même et le trouble psychiatrique est toujours présent.

III – Présentation clinique

a) Cas de réduction du réseau pré-existant (exemple d' « anti-cas »)

Cas de Mme C. : femme de 29 ans, mariée, enceinte de 7 mois, première grossesse, aide soignante au sein du service de la maternité dans un centre hospitalier général. Elle subit un accident sur la voie publique alors qu'elle rentrait chez elle du travail à la suite duquel on constate la mort du fœtus. A été transférée aux urgences et ensuite au service de Gynécologie de l'hôpital de proximité où un accouchement provoqué d'un bébé mort-né a eu lieu. L'équipe des Urgences psychiatriques et de la psychiatrie de liaison a rencontré la patiente à l'hôpital général où elle a été admise dans le service de chirurgie générale pour une prise en charge chirurgicale - pour douleurs au niveau du ventre - mais aussi psychologique. La patiente présentait 3 semaines après l'accouchement, quand nous l'avons rencontrée, un syndrome dépressif réactionnel avec des éléments confusionnels et un puérilisme marqué. Le score de HAD pour l'anxiété = 15/21, alors que pour la dépression il n'était que 5/21. Le diagnostic qu'on a posé était un état borderline (décompensation)

faisant suite à cet évènement traumatique aigu pour une patiente présentant des antécédents psychiatriques et des traumatismes dans l'enfance. Une hospitalisation dans une clinique spécialisée a déjà eu lieu dans le passé pour une tentative de suicide et des problèmes de couple.

Quel est le trajet de cette patiente dans le réseau virtuel des soins dans le cadre de la périnatalité ? Nous lui avons appliqué le protocole de suivi à 6 mois qui a donné les résultats suivants : la patiente a répondu à notre courrier ainsi qu'un médecin généraliste, son médecin gynécologue, une psychologue du CMP, un psychiatre libéral, un 2ème psychiatre libéral ; en tout 5 Intervenants de réseau. Il s'agit dans ce cas d'une grande consommatrice de soins avec des antécédents psychiatriques et une problématique périnatale et traumatique lourde.

Epilogue à postériori : la patiente a été "rejetée" par le secteur qui n'était pas le sien ; après la prise en charge par de multiples intervenants, elle a finalement pris contact avec son secteur de résidence. J'ai observé lors de quelques consultations au CMP des troubles phobiques importants un an après le traumatisme pour lequel nous l'avons connue et une incapacité à reprendre le travail. Nous avons également constaté une "psychiatisation" et une "psychologisation", en quête des prises en charge

diverses et variées comme chez le sujet avec une personnalité dépendante et comme parfois chez le sujet déficient léger pour arriver à la fin, un an après l'accident sur la voie publique, à une hospitalisation dans le milieu spécialisé du secteur pour un trouble délirant thymique (diagnostic enfin évoqué : trouble bipolaire). Après sa sortie la patiente a été prise en charge par le secteur en ambulatoire. Il n'y a plus eu d'hospitalisation. Une nouvelle grossesse a eu lieu et l'accouchement a été sans problème particulier. Va bien actuellement.

L'établissement d'un diagnostic et la mise en place d'un traitement cohérent ont pu, semble-t-il, apaiser sa problématique.

Il s'agit ici d'une circonstance défavorable, celle de la complication d'une pathologie psychiatrique lourde avec circonstances de traumatisme d'un accident sur la voie publique lourd avec la perte prématurée de son bébé - mort anténatale (pathologie mentale - trouble de la personnalité, borderline, + état de stress post-traumatique, trouble bipolaire diagnostiqué plus tard).

Pour le réseau, cette patiente peut être identifiée comme une grande consommatrice d'intervenants - dans le cadre d'une pathologie diagnostiquée initialement comme borderline qui suppose une personnalité dépendante. Le flou diagnostique a probablement été en partie la cause de ce grand flottement entre des intervenants multiples pendant de nombreuses années. Probablement, le traumatisme psychologique majeur et ses circonstances nous ont aidé à affiner son diagnostic et à lui proposer une prise en charge plus adaptée en diminuant le nombre d'intervenants.

b) Cas de dépression post-partum

Mme B., 40 ans, nous a été adressée par son médecin traitant qui nous a même téléphoné avant son arrivée aux Urgences pour partager son inquiétude quant à sa prise en charge. Une collègue des Urgences nous a également sollicité d'une manière précipitée pour nous dire qu'elle connaissait la patiente et que son cas était grave. Elle voulait qu'on lui prépare le meilleur accueil.

Un stress ambiant se présentait aux urgences avant que la patiente arrive.

Mme B. avait accouché de son 3^{ème} enfant il y a 2 mois ½, elle avait 3 enfants : 19 et 17 ans et le bébé de 2 mois ½ dont il est question, et avec lequel elle est venue consulter. Divorcée, vivait avec son ami, le père de ce dernier enfant. Elle travaille dans une usine.

Depuis l'accouchement par césarienne, elle manifestait des crises d'angoisse quotidiennes multiples avec une gêne respiratoire, malaises, sueurs, nausées, idées de dévalorisation. Elle présentait des phobies complexes qui se rapprochaient d'idées quasi délirantes relatives à son bébé - peur que celui-ci aille mal ; peur qu'il ne prenne plus de poids - qu'il ait un retard dans sa croissance - et elle consultait très souvent son médecin généraliste. Elle changeait également le lait de son bébé. Mme B. n'arrivait pas à se détacher, même une seconde, de son bébé et le surveillait car elle avait peur de sa mort. Elle est venue nous consulter entourée par ses proches et a demandé avec insistance que l'entretien se passe avec

le bébé. Lors de la consultation, la patiente, était accrochée à lui, à peine assise sur son lit, observait sans arrêt le bébé en vérifiant d'une manière ritualisée ses fonctions physiques. Le médecin traitant lui avait proposé un traitement par des antidépresseurs qu'elle avait abandonné d'elle-même. Madame B. a refusé toute hospitalisation et a préféré partir. Nous n'avons pas pu l'en convaincre ni nous entretenir davantage avec elle. La famille, également, n'a pas pu intervenir auprès d'elle dans ce sens et ne souhaitait pas non plus une hospitalisation dans un milieu spécialisé sous contrainte. Cependant la patiente acceptait l'évaluation par la batterie psychométrique qu'on lui a proposé et le test M.I.N.I.; le score HAD pour l'anxiété était 16/21 et pour la dépression 5/21 (seuil > à 10 en faveur d'un état dépressif franc). Le M.I.N.I. a ressorti les diagnostics suivants qui sont dans les mêmes axes : F32 (épisode dépressif léger), F33 (trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger), F40 (troubles anxieux phobiques), F40.1 (phobies sociales), F42 (troubles obsessionnels-compulsifs).

Finalement la patiente a refusé l'hospitalisation. Il a été convenu qu'elle devait prendre un rendez-vous avec la psychologue de la maternité, ainsi qu'avec le psychiatre référent pour la périnatalité; des premiers rendez-vous avec ces deux intervenants ont été organisés.

Évaluation du réseau : 6 mois plus tard, nous avons reçu les réponses des différents intervenants qu'elle n'avait pas contactés. Par ailleurs, ni le médecin généraliste, ni la patiente n'ont répondu à notre demande de renseignements.

Le réseau n'a pas pu fonctionner. Il s'agit d'un cas où le réseau virtuel de périnatalité a été activé mais la patiente n'y a pas eu recours, soit qu'elle ait reçu des soins d'autres professionnels, soit qu'elle ait refusé les soins. Par ailleurs, cette patiente était bien entourée et soutenue familialement.

Ce cas illustre un paradoxe : nous avons été particulièrement préoccupés par cette patiente en raison de sa détresse, de son angoisse, mais la stratégie des soins mise en place lors de notre rencontre n'a pu aboutir à la prise en charge élaborée au niveau de notre service. Finalement, nous constatons que la patiente possède un rôle actif dans le déclenchement du réseau de soins virtuels qui va lui être proposé. Elle est par conséquent l'actrice principale du réseau de soin en périnatalité. Sans sa présence, notre réseau imaginaire reste stérile, inactif.

c) Cas de dépression au cours de la grossesse

Cas de Mme G. E., 31 ans : enceinte de 3 mois ½, infirmière "volante". Mariée, mère d'une fille de 4 ans.

Antécédents médicaux :

- IVG en 1994

Antécédents psychiatriques :

- TS à l'âge de 20 ans.

- 2^{ème} tentative de suicide grave à 24 ans, 6 mois après son accouchement (traitement Tégretol, Anafranil) à la suite de laquelle elle a eu plusieurs hospitalisations en milieu psychiatrique à l'âge de 26 ans.

A son arrivée aux Urgences accompagnée de son mari pour une décompensation dépressive sévère avec

des idées d'autolyse, on apprend qu'elle était suivie régulièrement en ville par un nouveau psychiatre libéral, car le couple a déménagé depuis quelques mois sur la région. Elle a évoqué des relations difficiles avec sa famille, notamment avec sa mère. Peu après cette 2ème grossesse, la patiente a commencé à ressentir de fortes crises de panique avec l'impression de mort immédiate associées aux autres symptômes de dépression sévère - idées morbides, suicidaires, insomnie, anxiété généralisée. Nous avons instauré un traitement par Anafranil. Une courte hospitalisation dans un service de médecine lui a été proposée avant son orientation vers une clinique de la région. La patiente a accepté cette forme de soin.

Le score HAD pour l'anxiété était à 12/21 et pour la dépression, de 16/21.

Evaluation du réseau, 6 mois après : on a reçu une réponse de la patiente, de son premier psychiatre libéral, de son 2ème psychiatre libéral car elle avait changé depuis, de son médecin généraliste, de nos collègues de la Clinique Vieille Eglise.

Le réseau fonctionne. A 6 mois on apprend d'elle-même qu'elle a accouché sans problème. Elle a pris une disponibilité au niveau professionnel. Mme G. est suivie régulièrement pour son problème psychiatrique par son psychiatre en ville en collaboration avec son médecin généraliste. Il n'y a pas eu de nouvelle décompensation.

Il s'agit d'un cas de dépression au cours de la grossesse avec une note mélancolique. Antécédents d'autres épisodes de coloration mélancolique avec des passages à l'acte graves.

La grossesse actuelle a probablement favorisé le déclenchement de cette décompensation en ajoutant le déménagement et d'autres facteurs défavorables du registre environnemental.

Une fois la dépression contrôlée nous n'avons pas repéré des signes à 6 mois d'un état dépressif dans la période de post-partum, mais Mme G. était sous couverture de deux antidépresseurs (Anafranil et Deroxat).

Le réseau des soins s'est déclenché pour cette patiente avec une orientation vers le réseau de soins en psychiatrie adulte car les antécédents psychiatriques de ces patientes ont été importants.

On peut se poser la question suivante : quelle est l'évolution de ses deux enfants ? Quel est leur développement dans une optique préventive car les conséquences de la dépression maternelle sur le développement du bébé ont été décrits (P.Gerardin, V. Rivière et F. Thibault, 2003) ? Pour ce cas, nous pensons que le nécessaire, au moins en partie, a été fait car Mme G est suivie par un psychiatre de ville qui est aussi pédo-psychiatre.

d) Conduite suicidaire en post-partum

Mme C.A., laborantine de 31 ans, mère d'un garçon de 2 mois ½, nous a été adressée par son médecin généraliste pour un syndrome anxio-dépressif avec des idées d'autolyse. Elle a aussi une fille de 2 ans ½. Sans antécédent psychiatrique. Mariée.

Mme C. se décrivait irritable depuis le début de sa grossesse ; sa 1ère grossesse s'est passée de la même manière avec irritabilité et anxiété. Elle nous dit qu'elle traversait une situation relationnelle complexe

avec son mari, ce dernier venait de découvrir qu'elle avait un amant. Les disputes à ce sujet l'ont amenée à quitter le domicile et à partir chez ses parents avec ses deux enfants. Elle avait des doutes sur la paternité du bébé.

Cliniquement, on constate un syndrome dépressif avec troubles du sommeil, ruminations anxieuses, troubles de l'attention, idées noires. Mme C est sortie des urgences avec une ré-orientation vers son médecin généraliste et avec un projet de prise en charge spécialisée. Je lui avais prescrit un traitement antidépresseur associé à du Tercian.

Le score de HAD pour l'anxiété était de 15/21, pour la dépression de 13/21.

Des entretiens médicaux et infirmiers de notre équipe des urgences lui ont été proposés et réalisés.

Evaluation du réseau, 6 mois plus tard : Mme C. a répondu à l'enquête. Nous avons aussi reçu la réponse de son médecin généraliste et de son gynécologue. Le couple et l'amant ont fait les tests génétiques pour la paternité peu après notre intervention. Finalement son mari était le père. En fin de compte, ce cas relève plutôt de la gestion d'une crise conjugale à laquelle s'est surajoutée une problématique périnatale. Le médecin traitant s'est avéré pour cette personne le référent principal pour la gestion de la problématique suicidaire. Le déclenchement d'une stratégie de prise en charge psychiatrique majeure n'a pas eu lieu.

e) Etat de grossesse + diabète Insulino-dépendant + état dépressif

Mme D.G., 26 ans, diabétique depuis l'enfance, vit dans la région depuis 3 ans. Elle est femme de ménage, enceinte de 6 mois. Peu après l'arrivée de cette première grossesse, un traitement insulinique injectable a été mis en place. Son mari était gendarme et souvent absent. Nous avons été sollicités à intervenir par son médecin endocrinologue qui a préféré l'hospitaliser à l'hôpital général parce qu'elle négligeait le traitement de son diabète.

Mme D.G. évoque à l'entretien des conflits perpétuels avec son mari, une solitude, de la tristesse, elle était anédhonique. Nous constatons cette négligence envers elle-même qui est proche d'une conduite para-suicidaire car son médecin endocrinologue nous a bien informé de la gravité de sa décompensation endocrinologique.

A l'évaluation, le score HAD pour l'anxiété était de 15/21 et pour la dépression 16/21.

La rencontre a eu lieu, au sein de l'hôpital général - service de médecine - où elle était hospitalisée.

Le diagnostic était : syndrome anxio-dépressif important avec des conduites parasuicidaires dans le cadre d'une pathologie de couple et dans le cadre d'une pathologie somatique chronique en décompensation chez une patiente qui présentait des traits d'immaturité.

Notre attitude était la prise en charge par la psychologue du service des urgences et de liaison avec une prise en charge ultérieure de la part de la psychologue du service de la maternité et de la part du médecin psychiatre référent du groupe périnatalité.

Mme D.G. a été hospitalisée également pour son éducation diététique et pour la gestion à sa sortie de son traitement insulinique.

Evaluation du réseau, 6 mois plus tard : la patiente a répondu au questionnaire, nous avons également reçu la réponse de son médecin généraliste, de la psychologue de la maternité. On apprend que la patiente était suivie pendant plusieurs mois par la psychologue de la maternité ; ce suivi a été entamé lors d'une hospitalisation dans le service de maternité pour une grossesse pathologique. Lors de cette hospitalisation qui a duré deux mois, un contact avec le psychiatre référent du réseau de périnatalité a été prévu après son accouchement. On apprend également que l'accouchement s'est bien passé par césarienne. La patiente a progressivement accepté les contraintes de son traitement antidiabétique et l'a poursuivi avant et après l'accouchement.

Finally, Mme D.G. n'a jamais vu le psychiatre référent du groupe virtuel de la périnatalité, elle nous a informé que 6 mois après notre rencontre, elle est suivie par son CMP de secteur par la triade psychiatre-psychologue-équipe infirmière.

Conclusion : on observe ici un cas de réseau en périnatalité effectif qui a été créé à la mesure de la patiente (médecin généraliste, endocrinologue, psychiatre, psychologues) dans la période aiguë de sa décompensation psychologique et celle du diabète. Ce réseau a pu se réduire ensuite après le dépassement de l'état critique et même ne plus exister en la liant à d'autres intervenants du secteur moins nombreux et intervenants dans un cadre plus structuré.

Dans ce cas, la notion du réseau de périnatalité se présente par la construction d'un tissu de soutien ciblé autour de cette patiente, pour une problématique spécifique, puis suite à la bonne évolution clinique de la patiente, le relais est pris, un autre tissu de soutien plus structuré intervient alors -le CMP, structure qui peut accueillir la patiente à plus long terme.

IV – Réflexion autour des cas cliniques

1°) le réseau de prise en charge psychiatrique en périnatalité, en ce qui concerne les cas vus initialement dans un contexte urgent, a pu se construire et fonctionner quand on s'est donné et quand la patiente nous a donné, un peu de temps pour qu'on puisse réaliser ces démarches.

2°) dans le cadre d'un contexte de prise en charge psychiatrique urgente, certains troubles psychopathologiques pourraient être surévalués et le réseau de périnatalité, qui consiste en des experts en la matière, pourraient être sur-sollicités.

3°) nous devons prendre en compte que notre représentation du terme réseau ne correspond pas forcément à celle de la patiente. La patiente joue un rôle essentiel dans cette démarche de prise en charge en réseau.

4°) le réseau de périnatalité n'est-il pas en partie un miroir de notre réticence et parfois de notre rejet à nous confronter à la problématique périnatale, alors qu'une grande partie des patientes incluses dans notre observation ont pu être bien suivies 6 mois plus tard par leur médecin généraliste ?

5°) le réseau de périnatalité correspond probablement à un tissu de soutien qui est mis en fonction pour un temps donné, le temps de la période périnatale (avant et après l'accouchement). Il s'agit

d'un fonctionnement ponctuel, singulier, pour chaque cas.

6°) nous avons vu que des ouvertures vers d'autres réseaux (le médecin généraliste, les acteurs de réseau social, le CMP) ont été possibles et sont conseillées.

V – Conclusion

Le réseau de soins en psychopathologie périnatale correspond, probablement, à un tissu de soins qui est mis en place pour le temps de la crise psychiatrique et de la gestion de ses complications. L'entourage de la patiente et son médecin traitant, et également elle-même, ressortent de cette étude comme les acteurs principaux du réseau de soins.

Malheureusement, certaines patientes ne parviennent à s'inscrire dans une démarche des soins au sein du réseau : peut-être, s'agit-il pour elles, non d'un réseau, mais d'un fil (de soins) unique, souvent fragile.

Mots clés: *réseau de soins, représentations, acteurs de soins, médecins généralistes, périnatalité, grossesse, période post-natale, urgences psychiatriques, suivi.*

BIBLIOGRAPHIE

Horassius-Jarrié N., Baldo E. (2000). *La psychiatrie "attrape tout" dans les services d'urgences des hôpitaux généraux.* L'information psychiatrique, 5:521-533.

Gerardin P., Rivière V., Thibaut F. (2003). *Dépressions maternelles et développement de l'enfant.* Act. Med. Int. Psychiatrie (20) 1, 8-11.

Cette présentation résume le mémoire soutenu par P. Hristova-Ivanova dans le cadre de D.U. de Psychiatrie périnatale, UFR Xavier Bichat Paris VII (Pr. A. Guédény). Pour une bibliographie exhaustive, se reporter à ce mémoire.

REMERCIEMENTS

Je remercie vivement Monsieur le Docteur Benoît Bayle (Praticien Hospitalier - Service de Psychiatrie Infanto-Juvenile - Les Hôpitaux de Chartres) de m'avoir donné l'idée d'organiser cette enquête et de m'avoir aidée pour l'élaboration des questionnaires, ainsi pour la supervision de situations cliniques incluses dans cette investigation.

Je remercie également l'équipe du service des urgences psychiatriques auquel j'appartenais à l'époque, et son médecin-chef, Monsieur le Docteur Olivier Bais, médecin-chef du secteur U 99, Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval, de m'avoir soutenue dans cette démarche et aussi pour leur contribution personnelle pour la mise en place de ce projet d'enquête sur le terrain. Je reste très attachée à cette équipe dynamique, et très sensible à l'aide que m'a

apporté Mme Catherine Jacquet, secrétaire médicale de cette unité fonctionnelle des urgences psychiatriques. Les contributions personnelles pour la mise en place pratique de cette enquête de Mme V. Paré, cadre infirmier, des infirmières et des infirmiers comme Mme M.-J. Laly, Mme A.-M. Perien ou M. Ph. Ménard, ont été importantes.

Ma reconnaissance envers notre secrétaire médicale, Madame Claude-Marie Collas (Centre Hospitalier Henri Ey - secteur 28 G 02 - Le Coudray) est grande pour son aide précieuse dans la mise en page du texte et des tableaux et aussi dans la finition rédactionnelle de ce travail.