

# La théorie de l'attachement et les 1000 premiers jours de la vie de l'enfant.

Pourquoi les professionnels de la périnatalité sont-ils tous concernés ?

Romain Dugravier

Centre de Psychopathologie Périnatale Boulevard Brune



# La période périnatale

## Des vulnérabilités

### Remaniements physiologiques, émotionnels et sociaux

L'attention portée à l'état émotionnel et psychologique est jugée insuffisante par 50% des femmes

Au retour à domicile (primipares) :

- sentiment de **solitude** pour 1/3 des femmes
- **manque de soutien** pour 50% des femmes
- découragement pour 30 à 40% des femmes

Environ 50% des femmes disent ne pas avoir reçu d'informations concernant d'éventuels changements de leur état psychologique après l'accouchement

*Globalement perdues dans l'organisation des parcours*

CIANE, 2022

## Des opportunités

### Contact avec de nombreux professionnels

Mais pas assez formés, ni coordonnés

#### Les psychiatres

Communiquent peu

Connaissent souvent mal les enjeux de cette période

La crainte d'investiguer la dynamique familiale

Clivage psychiatres / pédopsychiatres ?

#### Les obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres, les puéricultrices

Malaise, gêne, sentiment d'étrangeté

Vécu de solitude, d'insécurité

Dubreucq et al., 2020

Schrank et al., 2015

Van der Ende; 2016

# Un accès aux soins psychiques insuffisant en période périnatale

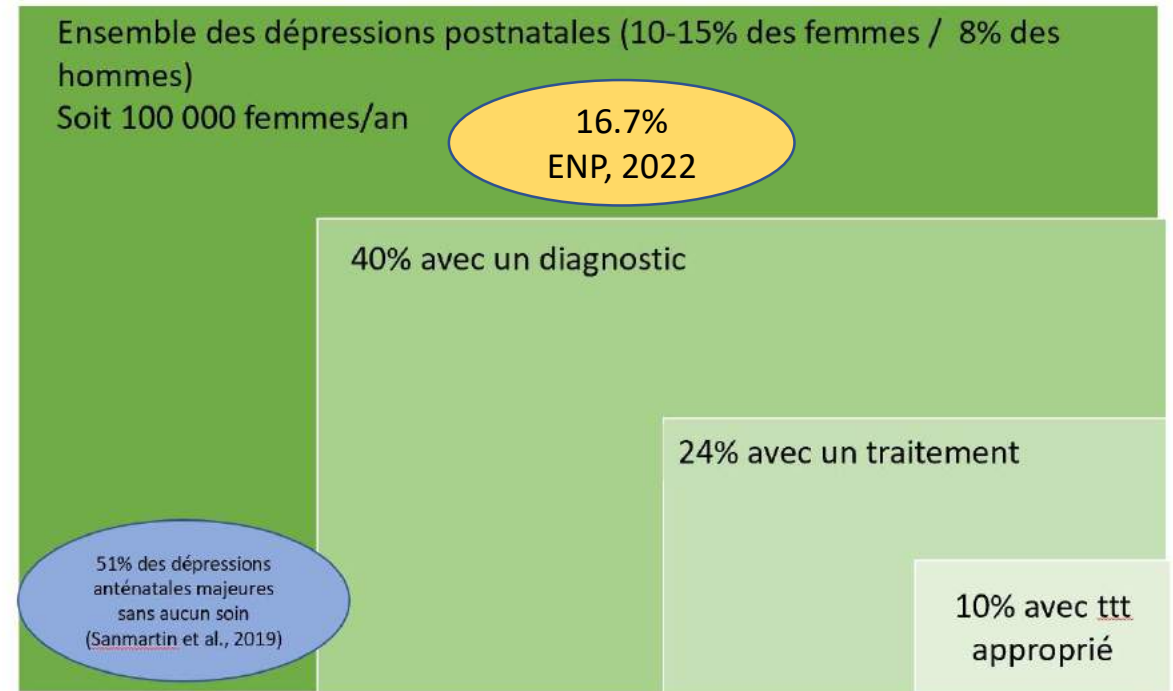
12% fragilité psychique  
73% non recours aux soins spécialisés  
(ENP, 2022)

14% des femmes enceintes avec un trouble psychique  
(Chisolm et Payne 2016)

27% des femmes en souffrance psychique accèdent à un professionnel de santé mentale  
(ELFE: Balès, 2015)

Suicide = 1<sup>ère</sup> cause de mortalité maternelle  
(Inserm-EPOPé, 2020)

→ Équivalent d'1 suicide / mois en France  
Dont 9/10 seraient évitables



Gavin et coll., 2005

# Les limites du repérage des souffrances psychiques

## Pourquoi ce décalage ?

- Les dépressions périnatales trop peu dépistées par les équipes de première ligne
  - Trop peu formées
  - Pas de stratégies de dépistage(Dennis et Chung-Lee, 2007)
- Trop peu de demande d'aide (des familles)
  - Elles n'identifient pas les symptômes
  - Elles n'osent pas en parler car elles peuvent se sentir coupables de ce qu'elles éprouvent
  - Elles rencontrent des résistances dans leur entourage
  - Elles craignent une prescription médicamenteuse en première intention
  - Interrogées elles disent clairement préférer les thérapies basées sur la parole aux traitements pharmacologiques.(Chabrol et Callahan, 2007; Mc Garry et al., 2009)

## Pourtant, des recommandations

- Les obstétriciens recommandent un dépistage sans préciser ni avec quel outil ni à quel moment  
(ACOG, 2018)
- Une bonne acceptabilité du dépistage mené par des sages-femmes en suites de couches  
(Logdson et al., 2018)
- Les pédiatres recommandent l'EPDS à 1, 2 et 4 mois post-partum lors des consultations pédiatriques  
(Earls, 2010)
- Ce screening couplé à une orientation vers des soins appropriés modifie le parcours de ces dépressions  
(Milgrom et al., 2011; O'Hara et Mc Cabe, 2013)

Consensus des  
sociétés savantes  
américaines

# Paradigmes de la théorie de l'attachement

- En situation de stress, rechercher la proximité d'un adulte « **plus fort et plus sage** » pour obtenir une sécurité
  - **Comportements d'un enfant envers un adulte** ou quelques adultes, qui s'occupe(nt) de lui
  - Un besoin vital, génétiquement programmé
  - Une relation fondamentalement **asymétrique**
- De cette sécurité « dans la réalité », l'enfant intériorise progressivement un sentiment de sécurité qui modèle sa représentation des relations aux autres et au monde.
  - Proximité → Accessibilité → Disponibilité → Évocation
  - **D'une sécurité effective à une sécurité affective**
- **Une théorie des relations interpersonnelles à partir des expériences vécues en situation de stress**
- **Contribue à l'estime de soi et à l'appréhension du monde**

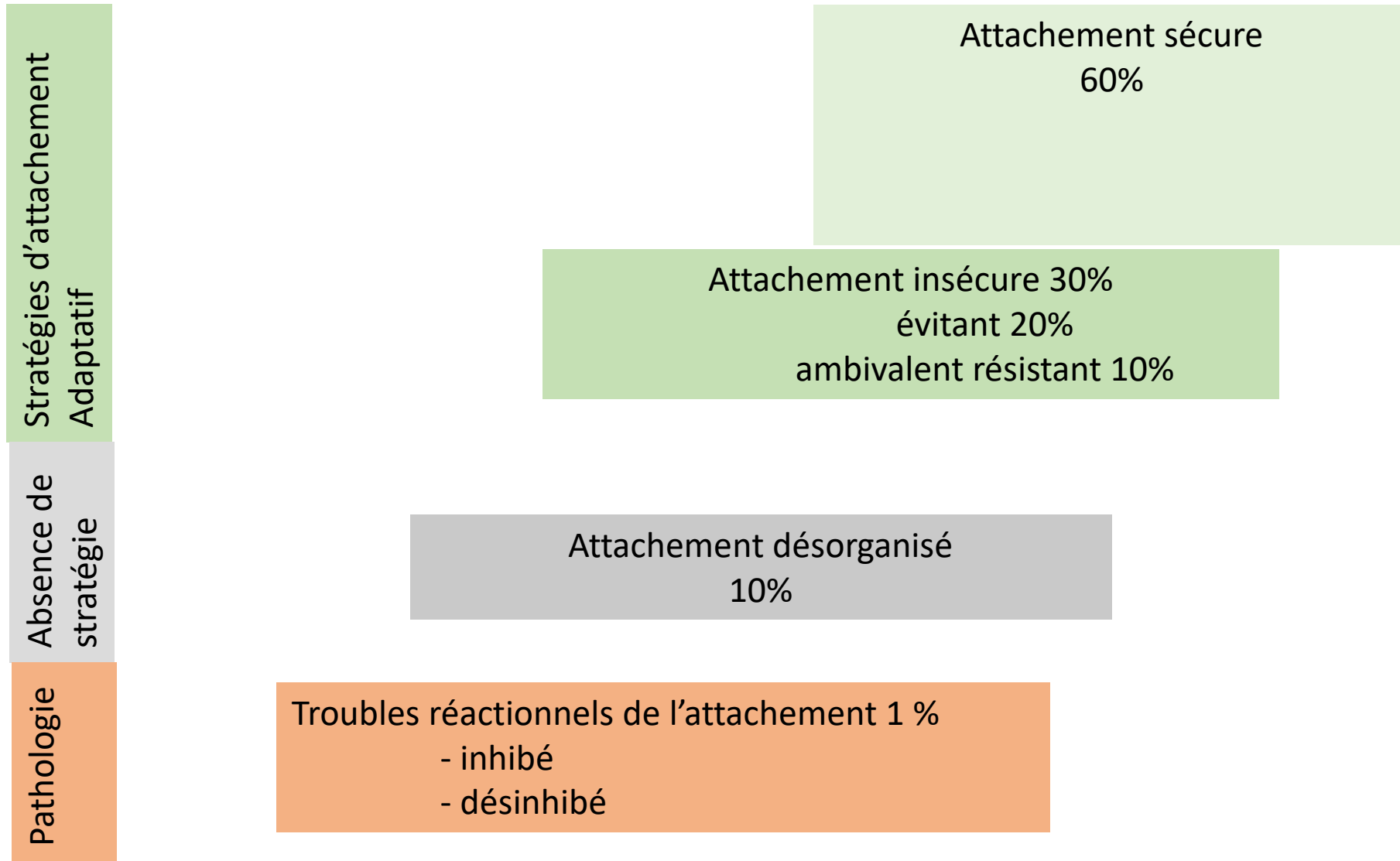
# Ceci n'est pas de l'attachement

- Une des dimensions de la construction de la personnalité et de la parentalité
- **L'attachement prénatal**: une relation affective unique entre la mère et son fœtus, avec des échelles dédiées comme le *Prenatal Attachment Inventory (PAI)*
- **Le Bonding**, émotions chaleureuses vécues par la mère (et le père) juste après la naissance et au sentiment éprouvé d'avoir un lien très spécial avec son nouveau-né.
  - Favorisé par les contacts parent-enfant soutenus et immédiats après la naissance.
  - Un lien réciproque entre le parent et l'enfant, balbutiements de la relation

Müller, 1993; Jürgens et Levy-Rueff, 2008

1.	Je me demande à quoi peut ressembler le bébé maintenant	1	2	3	4
2.	Je m'imagine appeler le bébé par son prénom	1	2	3	4
3.	Je trouve agréable de sentir le bébé bouger	1	2	3	4
4.	Je pense que mon bébé a déjà une personnalité	1	2	3	4
5.	Je laisse les autres poser leurs mains sur mon ventre pour sentir le bébé bouger	1	2	3	4
6.	Je fais attention aux choses qui pourraient avoir une influence sur le bien-être du bébé	1	2	3	4
7.	Je pense aux activités que je ferai avec mon bébé	1	2	3	4
8.	Je décris aux autres ce que le bébé fait à l'intérieur de moi	1	2	3	4
9.	J'imagine quelle partie du bébé je suis en train de toucher	1	2	3	4
10.	Je sais quand le bébé est endormi	1	2	3	4
11.	Je peux faire bouger mon bébé	1	2	3	4
12.	J'achète ou je fabrique des choses destinées au bébé	1	2	3	4
13.	Je ressens de l'amour pour mon bébé	1	2	3	4
14.	J'essaie d'imaginer ce que le bébé est en train de faire à l'intérieur de moi	1	2	3	4
15.	J'aime être assise avec les bras autour de mon ventre	1	2	3	4
16.	Je rêve du bébé	1	2	3	4
17.	Je sais pourquoi le bébé est en train de bouger	1	2	3	4
18.	Je caresse le bébé à travers mon ventre	1	2	3	4
19.	Il m'arrive de partager des confidences avec mon bébé	1	2	3	4
20.	Je sais que le bébé peut m'entendre	1	2	3	4
21.	Il m'arrive d'être très émue quand je pense au bébé	1	2	3	4

# Qualités de l'attachement



# Le caregiving, rôle de la Figure d'Attachement

- Une des dimensions de la parentalité, le rôle de Figure d'Attachement
- **Différent d'aimer son enfant**
- Les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement de l'enfant
- Activé par les signaux de détresse, de vulnérabilité
- Objectif: maintenir une proximité physique et psychologique avec le bébé
  - *Engagement affectif, durable*
  - *Une relation spécifique, non interchangeable*
  - *Disponibilité / Accessibilité*
- Dépend des propres expériences et représentations d'attachement des parents

Engagée  
durablement

Spécifique

Non  
interchangeable



# Le caregiving

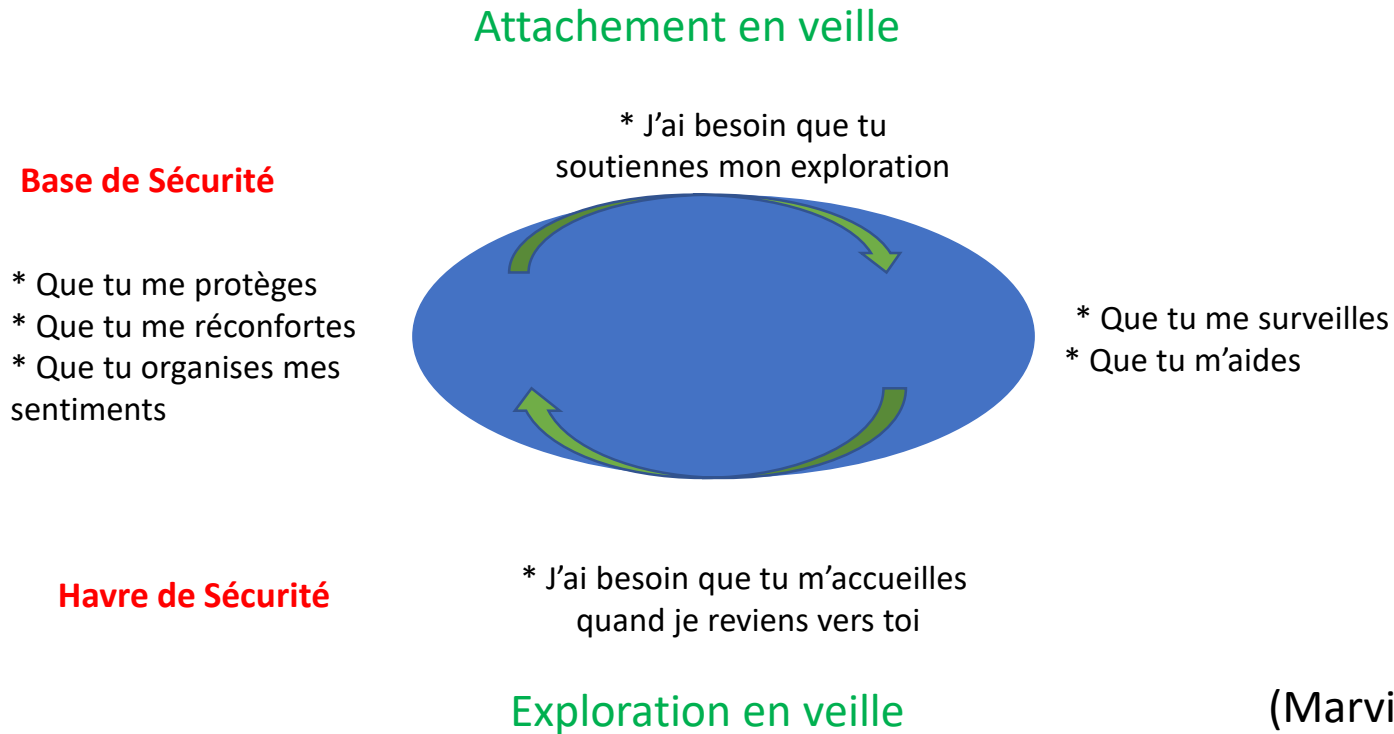
- La capacité à lire et à comprendre les signaux de l'enfant, volonté de répondre aux besoins d'attachement de l'enfant, et efficacité des stratégies de protection.
- Deux dimensions parentales influencent grandement la régulation des émotions du bébé:
  - *Sensibilité parentale:*
    - « La mère prend son bébé dans ses bras quand il semble le vouloir, et le pose quand il veut explorer. Quand il manifeste de la détresse, elle sait de quelle façon le réconforter, et elle sait aussi que parfois quelques mots pour le distraire est tout ce qu'il fallait ».
- *Mentalisation:*
  - Capacité à réfléchir sur ses propres expériences mentales ainsi que sur celles de son enfant
  - Permettre au bébé de ressentir que l'un et l'autre fonctionnent avec des états mentaux distincts.
  - Surtout dans la petite enfance quand les comportements de l'enfant sont les moyens premiers de l'enfant pour faire part de ses états mentaux à son parent

Ainsworth, 1969

Ainsworth, 1969; Fonagy, 2002; Guédeney, 2012

# Le Cercle de Sécurité :

## Base de sécurité / Havre de sécurité



(Marvin, 2002)

*L'attachement va bel et bien servir l'autonomie et non la dépendance.  
Bien différencier autonomie et indépendance*

# Spécificités de la dépression postnatale un axe psychopathologique

- Devenir parent comme processus maturatif
    - Nouvel équilibre et non retrouver la vie d'avant
    - Prendre soin d'autrui, priorité des besoins du bébé
    - Découverte de la responsabilité à l'égard du bébé
  - Une symptomatologie spécifique (DSM, CIM)
    - Le sentiment d'impuissance, d'incompétence à l'égard du bébé
    - La culpabilité de ne pas être heureuse en présence du bébé voire de ne pas éprouver d'affection pour celui-ci
    - Le sentiment d'être une « mauvaise mère »
    - L'insécurité maternelle
  - Insoutenable responsabilité de la parentalité
    - Vertige face à la vulnérabilité du bébé
    - Prendre soin de soi / prendre soin d'autrui
    - Figures parentales fragiles et/ou menaçantes
    - Dépendance / Indépendance / Autonomie
- Des adultes construits comme indépendants, niant leurs propres besoins affectifs et leur besoin de sécurité émotionnelle. Les besoins du bébé mettent en cause ces représentations*



# Les professionnels de santé et la sécurité émotionnelle

- Contribuer à la sécurité émotionnelle
  - Une Figure d'attachement transitoire?
  - Une base de sécurité (et un havre de sécurité), plus approprié
- La relation de soin: une occasion de réviser les représentations des relations d'aide (d'attachement)
  - Activation du système d'attachement du patient
- Le soignant comme *base de sécurité*
  - S'autoriser à explorer, expérimenter
- Le soignant comme *havre de sécurité*
  - Chercher proximité et réconfort
  - Importance de l'Alliance thérapeutique
- Les obstacles à assumer cette position
  - Activation de son propre système d'attachement
  - Insécurité du professionnel
    - *Compétition entre besoins d'attachement et de caregiving ?*
  - Altération des aptitudes à la mentalisation (capacités auto-réflexives, identifications, contre-attitudes, etc)

# Assumer un rôle de base / havre de sécurité

## Un caregiving soignant

- Sûreté de la pratique et soutien de l'équipe de soins
  - Connaissance théorico-clinique
  - Connaissance des ressources, du réseau
- Engagement personnel
- Cohérence d'équipe
- Mentorat

## Prendre soin de ceux qui prennent soin

- Formations
- L'équipe, l'institution comme base de sécurité
  - Projet de service (objectifs clairs)
- La supervision
- Le discours politique sur la santé

# Le caregiving compulsif

- Prendre soin d'autrui au détriment de nos propres besoins
  - N'exprime pas de besoin personnel d'aide
  - Pas de détresse personnelle.
  - Ou culpabilisée ou honteuse : « C'est de la faiblesse, c'est ridicule ! ».
- Surreprésenté parmi le soignants
- Prédominance parmi les psychologues d'attachement insécure et de caregiving compulsif
- Les étudiants en psychologie moins de souvenirs de soins parentaux chaleureux et plus de souvenirs de parents contrôlants que les étudiants en art; plus de phénomènes de parentification

Di Cacavo, 2003, 2006)

- Les personnes qui, dès le plus jeune âge, ont vu leurs propres besoins négligés et ont appris que s'occuper des autres est plus important que de s'occuper de soi, auront probablement plus de difficultés à demander de l'aide et donc risquent plus le *burn out* dans leur exercice professionnel..

Guedeney, 2010

# Compétition attachement-caregiving lors d'une naissance prématurée

- Les conditions de stress associées à une naissance prématurée...
  - Non-familiarité du contexte hospitalier,
  - Menace physique et incertitude sur la vie de l'enfant
- ... Exposit les parents aux émotions négatives d'impuissance, de perte de contrôle et d'incompétence, d'alarme, et ***activent donc leur propre système d'attachement.***
- En cas d'insécurité de l'attachement, un risque accru de compétition pour le parent, entre la désactivation urgente de ses besoins d'attachement et l'exercice du *caregiving*

(Flacking et coll., 2006)

# Conclusion

Le caregiving est une résultante du style d'attachement préalable

Pertinent dans différents contextes :  
prématurité, dépressions postnatales, conflits et séparations parentales, protection de l'enfance

Les soignants investis comme base/havre de sécurité

En fonction de leurs propres représentations des relations d'attachement

