

Orages à l'aube de la vie

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Pierre-Yves Ancel
Hervé Bentata
Micheline Blazy
Claude Boukobza
Rafaele Cammas
Odile Cazas
Marie Champion
Patrick Chardeau
Annick Chauvin
Jean-Jacques Chavagnat
Abram Coen
Véronique Dagens-Lafont
Anne Danion-Grilliat
Alain Debourg
Michel Dugnat
Bernard Durand
Catherine Isserlis
Babak Khoshnood
Stéphanie Lacoste
Michel Maron
Blanche Massari
Linda Morisseau
Sylvie Nezelof
Mônica Perrusi
Christelle Persini
Christine Rainelli
Fabienne Souchaud
René Soulayrol
Anne-Laure Sutter-Dallay
Anne-Claire Thieulin
Pascale Tielemans
Evelyn Titeca
Anne de Truchis
Lauriane Vulliez-Gody
Marie-Agathe Zimmermann

Sous la direction de
François Poinso
et
Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal

Orages à l'aube de la vie

Liens précoces, pathologies puerpérales
et développement des nourrissons
dans les unités parents-enfants

Préface de René Soulayrol
Postface de Abram Coen

Cahier Marcé n° 4

« La vie de l'enfant »

 éditions érès



Cahiers Marcé n° 4

Les Cahiers Marcé et la Société Marcé francophone

La Société Marcé francophone œuvre pour l'amélioration des connaissances, de la prévention et du traitement des troubles psychiques et relationnels liés à la puerpéralité et à son retentissement chez l'enfant. Fondée en 1998 sous la présidence du professeur Jean-François Allilaire, cette société savante accueille de nombreuses catégories professionnelles, parmi lesquelles figurent médecins psychiatres, pédopsychiatres, obstétriciens, pédiatres ou généralistes, psychologues, psychanalystes, sages-femmes, infirmières, puéricultrices, travailleurs sociaux, chercheurs, et toute personne concernée par la santé périnatale. Elle participe avec dynamisme à la réflexion dans le champ de la périnatalité, organisant chaque année des Journées nationales qui attirent un public nombreux. Agréée pour la formation continue, la Société Marcé francophone propose aussi différents groupes interdisciplinaires consacrés à des thèmes aussi variés que le travail en réseau, les troubles psychiques et l'observation du bébé, l'entretien du quatrième mois de grossesse, la relation mère-bébé, l'approche psychanalytique groupale de la famille, les enfants en souffrance psychique, la psychopathologie de la conception humaine, ou encore la recherche au sein des unités mère-bébé. Outre les liens qu'elle contribue à créer entre les professionnels et l'information qu'elle diffuse sur les pathologies psychiques périnatales, elle soutient activement la publication de divers ouvrages. Parmi eux, il faut noter la réédition de l'ouvrage historique de Louis Victor Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices* (1858), ou encore la traduction du *Marcé Pack*. Depuis 2005, la Société Marcé francophone participe à la diffusion des *Cahiers Marcé*. Ces ouvrages, qui rejoignent à présent la collection « La vie de l'enfant », ont pour but d'approfondir et de faire connaître au plus large public possible diverses problématiques liées à la puerpéralité et à son retentissement chez l'enfant. Les *Cahiers Marcé* s'adressent donc à tous les professionnels de la santé périnatale et de l'enfance, ainsi qu'à tous ceux qui s'intéressent à ces sujets.

Pour tout renseignement : www.marce-francophone.asso.fr

Conception de la couverture :

Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012

CF - ISBN PDF : 978-2-7492-3277-5

Première édition © Éditions érès 2009

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	
<i>René Soulayrol</i>	7
AVANT-PROPOS	
<i>François Poinso, Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal</i>	9
INTRODUCTION	
<i>François Poinso</i>	11

I. LES UNITÉS MÈRE-BÉBÉ

1. Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les Unités mère-bébé en France ?	
Les usagers et les soins	
Données nationales, 2001-2007	
<i>Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Anne-Laure Sutter-Dallay, Anne-Claire Thieulin, Patrick Chardeau, Marie-Agathe Zimmermann, Alain Debourg, Blanche Massari, Odile Cazas, Rafaele Cammas, Christine Rainelli, François Poinso, Michel Maron, Sylvie Nezelof, Pierre-Yves Ancel, Babak Khoshnood</i>	19
2. Qu'est-ce que le soin institutionnel dans une Unité mère-bébé ?	
<i>François Poinso</i>	29

II. CLINIQUE DU NOURRISSON ET DU LIEN PARENTS-ENFANT

3. Contributions des Unités mère-bébé à la connaissance du développement précoce des nourrissons <i>François Poinso</i>	43
4. Observation du bébé en Unité mère-bébé et apports spécifiques <i>Linda Morisseau</i>	57
5. La souffrance des bébés <i>Véronique Dagens-Lafont</i>	71
6. Retentissement des pathologies psychiatriques parentales sur le développement de l'enfant : une revue de la littérature <i>Anne-Laure Sutter-Dallay</i>	81
7. Soins en Unité mère-bébé à la lumière de la théorie de l'attachement <i>Annick Chauvin</i>	95
8. « Dix ans après » : une étude rétrospective du devenir des enfants suivis précocement en Unité d'accueil mère-enfant <i>Herové Bentata, Mônica Perrusi</i>	109
9. L'enfant dans les Unités mère-bébé en France et en Belgique : historique et résultats d'une recherche multicentrique <i>Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Anne-Laure Sutter-Dallay, Véronique Dagens-Lafont, Evelyn Titeca, Christine Rainelli, Anne Danion-Grilliat, Stéphanie Lacoste, Marie Champion, Pascale Tielemans, Odile Cazas, Micheline Blazy, Linda Morisseau, Bernard Durand</i>	117

III. DU CÔTÉ DES PARENTS

10. Accompagnement du désir d'enfant : « Qu'en pensez-vous docteur... ? » <i>Christine Rainelli, Fabienne Souchaud</i>	133
11. Hospitalisation conjointe, un temps pour la régression <i>Odile Cazas</i>	139

12. Les pères dans une Unité d'hospitalisation mère-bébé <i>François Poinso, Jean-Jacques Chavagnat, Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal</i>	151
--	-----

IV. DU CÔTÉ DES INSTITUTIONS ET DE L'ÉVALUATION DES RISQUES

13. Des services de maternité aux Unités mère-bébé <i>Sylvie Nezelof, Lauriane Vulliez-Gody</i>	167
14. Réseaux en périnatalité et hospitalisation conjointe : des synergies à développer <i>Michel Dugnat, Christelle Persini</i>	175
15. Reste-t-il des indications de placement à la naissance et qui peut les poser ? Dans le cas d'une séparation précoce et inéluctable faut-il favoriser le lien entre la mère et son bébé ? <i>Anne de Truchis, Alain Debourg, Micheline Blazy</i>	191
16. Liens parents-enfant, signalement du risque, expertise <i>Véronique Dagens-Lafont</i>	201
17. Dispositif d'accueil mère-enfant en journée : le regard du psychanalyste <i>Claude Boukobza</i>	209
18. Si les UME n'existaient pas, il faudrait les inventer : L'UME, centre de ressource en périnatalité <i>Catherine Isserlis</i>	225
POSTFACE	
Les Unités mère-bébé, et après ? <i>Abram Coen</i>	233
BIBLIOGRAPHIE SPÉCIFIQUE	237

PRÉFACE

Rien ne m'a plus enchanté que le titre du dernier chapitre de cet ouvrage que François Poinso m'a demandé de préfacier : Si les UME n'existaient pas, il faudrait les inventer ! Cette naïve exclamation me renvoie certes dans le nébuleux anonymat des fondateurs oubliés, mais aussi parmi ceux qui ont eu la chance de voir ce qu'ils avaient créé se perpétuer chez ses successeurs. Est-il besoin de souligner que dans successeurs j'y lis le mot « succès », ce qui explique le cri d'enthousiasme de l'auteur de l'article ?

Certes, il y a vingt-cinq ans déjà que cette unité¹ ouvrait ses portes au premier couple mère-bébé, mais « l'invention » se ruminait déjà bien avant sous l'influence des travaux sur la psychomotricité du nouveau-né, sur l'éthologie de l'attachement et sur les interactions fantasmatiques, tous facteurs qui fondaient la relation mère enfant dans un appareil psychique commun qui méritait qu'on y regarde de plus près.

Mais où le faire ? Comment le faire ? Avec qui le faire ? Pourquoi le faire ?

Toutes questions qui devaient trouver leurs réponses grâce à une conjoncture économique qui nous renvoie à l'âge d'or des années 1970.

Dans la conception (1978) et la construction du nouveau service de pédopsychiatrie de l'hôpital de Sainte-Marguerite (inauguré en 1981), il était prévu l'aménagement d'un appartement thérapeutique avec studio, chambre d'enfant, biberonnerie, salon, etc., pour y faire vivre des bébés avec leur mère, éventuellement avec leur père, dans les conditions les plus naturelles qui soient, pour les aider in situ à traverser les difficultés de leur mise en relation précoce sans tomber dans le piège de leur séparation.

1. « Cette » unité est l'unité parents-bébé de l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille.

Les compétences du personnel formé en pédiatrie, psychiatrie d'enfant et psychiatrie d'adulte devaient s'effacer au profit d'un accompagnement thérapeutique non intrusif qui visait à réamorcer toute initiative de la mère à l'égard de son bébé quelle que soit la situation qui en avait troublé la relation (pathologie de la mère, du bébé, du père, du couple, difficultés sociales, etc.). L'analyse de la globalité de ces situations sans rupture du lien mère-enfant nous paraissait moins nocif pour l'avenir qu'une séparation précoce.

Nantis d'un tel outil thérapeutique et en prolongeant notre devoir de soins par les enseignements que l'on pouvait en tirer, nous espérions, non seulement préciser davantage la clinique de l'attachement du nourrisson, les facteurs de son développement psychomoteur précoce et de son intersubjectivité, mais aussi jeter les bases d'une prédiction d'une pathologie ultérieure de l'enfant en fonction de la nature du trouble du lien décelé. C'est dire l'action préventive que nous espérions d'une telle unité.

Outre l'aide que l'on pouvait apporter à nos collègues psychiatres d'adultes dans la prise en charge des pathologies aiguës ou chroniques des mères et parfois des pères, cette unité fut occasionnellement un observatoire privilégié de problèmes de société (mères porteuses, mères adolescentes, mères et bébés incarcérés, mères migrantes déracinées de leur culture, enfants violentés, etc.).

Ce livre, par la qualité de ses articles et de ses auteurs, par le souci de faciliter l'accession du sujet au statut d'Être malgré les risques d'un ratage précoce, est dans le droit-fil de l'intention première de la création de cette unité et va bien au-delà. L'union de pensée avec d'autres structures développées en France confirme la pertinence de l'entreprise.

Merci à tous ceux qui œuvrent pour la continuer et me confortent dans cette idée qui m'a toujours été chère : le pédopsychiatre, en se mettant au plus humble des services rendus à l'individu, doit y faire jaillir l'étincelle spirituelle de l'Être qui est en lui et contribuer à faire de la pédopsychiatrie un humanisme.

René Soulayrol

Professeur honoraire de psychiatrie de l'enfant.
Ancien chef fondateur du Service de pédopsychiatrie
des Hôpitaux AP de Marseille.

AVANT-PROPOS

Cet ouvrage a deux origines.

En premier lieu les journées des Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé (UMB) en psychiatrie, organisées à Marseille par l'équipe du professeur François Poinso en 2003, avaient fait émerger le souhait de la réalisation d'un ouvrage collectif. L'expérience des UMB sur l'observation du nourrisson, sur l'interaction mère-bébé et le développement des enfants de parents en souffrance psychique, dans ce cadre spécifique, pourrait ainsi être colligée.

Ces Journées avaient permis de ressentir la cohérence des pratiques des différentes équipes, malgré des cadres parfois différents (hospitalisation en temps plein ou en hôpital de jour). Dans la lignée des colloques précédents, ces équipes souhaitaient poursuivre une élaboration commune de leurs dispositifs, de leur clinique et de leurs supports théoriques. Cette dynamique a été amplement confirmée par les deux colloques suivants, de Paris et de Bordeaux, avec la participation de nouvelles unités créées dans l'intervalle.

Ce n'est pas la moindre richesse de ces colloques que d'être de véritables rencontres d'équipes entières, organisées et fréquentées par l'ensemble des personnels des UMB. Loin des traditionnels congrès médicaux spécialisés, ces échanges permettent à l'ensemble des catégories professionnelles des unités : infirmiers, puéricultrices, médecins, assistantes sociales, éducatrices, de confronter leurs points de vue, d'élaborer leurs indications, leurs savoirs-faire, et aussi de partager doutes et angoisses sur ce qu'il convient de faire.

La deuxième origine de cet ouvrage vient d'un groupe de travail mis en place par les docteurs Odile Cazas et Bernard Durand autour des

unités d'hospitalisation psychiatrique mère-enfant. Ce groupe s'est structuré en 1998 en groupe de recherche coordonné par Nine Glangeaud (chercheur au CNRS). Il s'est intéressé aux facteurs liés à l'amélioration de la pathologie maternelle et aux facteurs de risque de séparation mère-bébé, sans oublier les difficultés paternelles. Les traitements et les contextes de soins spécifiques à chaque pathologie constituent aussi des axes importants de réflexion. Ce groupe a publié des articles sous le nom « Groupe de recherche UMB-SMF¹ ». Il inclut des membres des unités d'hospitalisation temps plein (jour et nuit) qui recueillent depuis 1998 des informations de façon systématique à l'aide des questionnaires « Marcé mère » et « Marcé enfant », pour toutes les admissions conjointes mère-bébé dans les unités de France et de Belgique participant à la recherche. Ce groupe de travail inclut aussi d'autres membres d'unités de jour qui participent aux discussions lors des réunions régulières du groupe. La liste des participants et les productions de ce groupe sont actualisées régulièrement sur le site de la Société Marcé francophone (SMF)².

Les personnes que nous avons sollicitées pour contribuer à cet ouvrage sont des psychiatres d'adulte ou d'enfant, qui dirigent, travaillent ou ont travaillé de longues années dans des unités d'hospitalisation mère-bébé. Certains d'entre eux se réfèrent aux théories psychanalytiques, d'autres travaillent avec des théories du soin plus éclectiques. Ce sont des unités à plein temps (ou associant plein temps et hôpital de jour, tels Brumath, Limoges et Marseille) à l'exception de l'unité de Saint-Denis qui propose exclusivement des hospitalisations de jour. Les prises en charge des femmes avec leur enfant dans ces unités durent plusieurs semaines, voire plusieurs mois. La parentalité peut s'y déployer malgré l'ensemble des conditions adverses qui sont à l'origine de l'indication initiale. Les nourrissons y grandissent quelque temps, nous donnant à voir leurs besoins, leur fragilité mais aussi leurs ressources.

Nous espérons que l'expérience de soins de ces Unités mère-bébé vous sera profitable.

François Poinso

*Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
chef de service au CHU de Marseille.*

Nine Glangeaud-Freudenthal

*Chargée de recherche au CNRS
membre de l'unité INSERM 953 (ex-U149)
coordinatrice du groupe de recherche UMB-SMF.*

1. Groupe de recherche Unité mère-bébé de la Société Marcé francophone.

2. <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/>

François Poinso

INTRODUCTION

Les Unités mère-bébé (UMB) ne sont pas encore très nombreuses en France ; elles n'existent pas du tout dans un grand nombre de pays. Elles permettent de mettre en œuvre un dispositif spécifique pour traiter les difficultés psychologiques et psychiatriques maternelles survenant dans la période postnatale, définie de manière large comme la période qui s'étend de la naissance au premier anniversaire de l'enfant. Elles ont aussi pour but de soutenir la construction du premier lien mère (ou parents)-enfant.

Elles ne représentent pas la seule modalité d'intervention durant cette période. D'autres ressources, médecins généralistes, psychiatres en libéral, PMI, interventions à domicile réalisées par des équipes de secteur, sont disponibles de manière variable selon les régions. Dans l'idéal, une Unité mère-bébé prend sa place dans ce « réseau de périnatalité ». Elle constitue alors une possibilité de prise en charge très contenante et intensive pour les situations les plus graves, soit en termes de sévérité de la pathologie mentale de la mère, soit en termes de risques pour le nourrisson. Elles permettent à la mère une expérience concrète des soins maternels, et donc de soutenir l'établissement du lien mère-enfant. Dans les situations les plus sévères, et en l'absence de telles unités, nourrisson et mère auraient été séparés, par une hospitalisation de la mère ou par une décision judiciaire.

François Poinso est professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, chef de service au CHU de Marseille.

Historiquement les soins aux femmes en souffrance psychologique en post-partum ont été centrés sur les pathologies mentales lourdes, aiguës ou chroniques. Ces femmes qui venaient d'accoucher se trouvaient hospitalisées en psychiatrie, dans de mauvaises conditions, séparées de leur bébé. L'hospitalisation conjointe mère-nourrisson a été alors conçue comme une possibilité supplémentaire de guérison et comme un étayage de la « maternalité » émergente, terme utilisé par P. Racamier. La mère s'appuie sur les soins qu'elle donne à son bébé pour guérir elle-même, et pour vivre une relation mère-enfant continue, sans interruption préjudiciable aux processus de construction du lien à son enfant.

Les Unités mère-bébé se sont surtout développées en Grande-Bretagne. Mais elles ont ensuite connu un reflux important, car le rapport coût-bénéfice a pu paraître défavorable. Cela a été déterminant dans la fermeture de certaines de ces unités. Cependant, comme nous le développerons dans cet ouvrage, le bénéfice immédiat n'est pas le seul qui doit être pris en compte : les bénéfices concernant le lien à long terme, la prévention des troubles psychopathologiques ultérieurs de l'enfant, ainsi que la possibilité pour un réseau de périnatalité de s'appuyer sur une unité d'hospitalisation pour les situations les plus préoccupantes, doivent être pris en compte.

En France, dix à quinze ans après les unités britanniques, au début des années 1980, les premières unités autonomes ont vu le jour, souvent rattachées à un intersecteur de pédopsychiatrie (Créteil, Marseille et Montesson), parfois constituées par des lits spécialisés en psychiatrie d'adultes (Villejuif et Lyon). Progressivement, les unités françaises ont construit une réflexion sur le soin en période périnatale, sur le rôle spécifique et la place de telles unités. Plus que les unités anglo-saxonnes, qui proposent le plus souvent des temps d'accueil courts visant essentiellement à une forme de diagnostic et de soin initial de la pathologie maternelle et à une expertise du lien mère-enfant, les unités françaises et belges ont souhaité mettre en place des dispositifs d'étayage du lien mère-enfant. Notre réflexion collective a aussi prôné une diversité de modes d'accueil et d'actions, les UMB devenant une partie importante, mais une partie seulement, de ce qui est possible, et qui doit s'articuler avec d'autres dispositifs, y compris médico-sociaux et judiciaires.

Une UMB doit être alors intégrée à un réseau, et interagir avec les différents partenaires, pour assurer prévention en amont et suivi de long cours en aval. Elle constituera un temps important dans la trajectoire des ces familles ou de ces dyades. Parfois, comme dans le cas de la psychose puerpérale typique, la guérison de la pathologie maternelle sera complète en quelques mois, au moins dans un premier temps, et le pre-

mier lien mère-bébé aura été préservé. Mais dans d'autres situations, il faudra mobiliser les diverses ressources du réseau, et assurer ultérieurement à la fois une sécurité du nourrisson et le maintien de liens entre parents et enfants, même lorsqu'une séparation physique et légale est nécessaire.

Les indications d'hospitalisation ont évolué au fil du temps. Les adresses faites aux UMB par les psychiatres d'adultes, de femmes schizo-phrènes enceintes, vivant parfois à l'hôpital psychiatrique depuis quelques années, n'aboutissent plus comme ce fut le cas un temps, à des projets d'hospitalisation conjointe sans qu'un dispositif plus global soit mobilisé parallèlement : ressources de la Protection maternelle et infantile (PMI), de l'Aide sociale à l'enfance (ASE), soutien à domicile par les Travaillleuses en interventions sociales et familiales (TISF), mobilisation de la famille élargie, recherche d'assistantes maternelles ou de familles d'accueil quand cela est nécessaire, contrôle de la justice sur les différentes décisions de placement ou de séparation.

Dans l'unité de Marseille par exemple, nous nous sommes orientés progressivement vers la proposition de temps d'accueil partiels, en demi-semaine (avec des nuits) ou en journée, permettant un travail « traditionnel » d'Unité mère-bébé, mais incluant d'emblée dans le projet, pour ces situations où la chronicité de la maladie mentale est établie, d'autres temps, d'autres partenaires, qui nous semblent favorables à l'établissement d'un tissu de prises en charge au long cours nécessaire à la fois à la mère et à l'enfant. Faute de quoi, les impasses étaient fréquentes et les déceptions, les mises en accusation des institutions entre elles, en étaient les témoins habituels.

Se dessinent ainsi de nouvelles pratiques : comment prendre son temps pour que des issues plus élaborées, des ressources parfois insoupçonnées, se mettent en place. La prévention de la séparation-arrachement, entre une mère schizo-phrène et son nourrisson, est un objectif à la fois éthique et pragmatique, préservant mieux la possibilité d'un lien ultérieur, et prévenant aussi de manière adéquate des grossesses itératives. Nous pensons en particulier à ces femmes qui menaient de nombreuses grossesses à terme jusqu'à ce qu'un bébé au moins échappe au regard de l'ASE...

À l'autre extrémité du spectre de sévérité des pathologies psychiatriques, les dépressions postnatales modérées et transitoires ne nécessitent pas souvent une hospitalisation conjointe. Cependant, un certain nombre de dépressions plus sévères et durables compromettent le lien mère-enfant et aboutissent, surtout en cas de menace suicidaire, à l'obligation d'une hospitalisation. L'hospitalisation mère-nourrisson est alors une pos-

sibilité de soin intéressante. Nous avons vu apparaître de nouvelles demandes, de familles qui ont trouvé par internet des informations sur de telles possibilités. Ces demandes aboutissent à des situations paradoxales, car il y a parfois moins de réticence du côté de la famille que de la part du médecin traitant à une hospitalisation en psychiatrie. Et notre dispositif spécifique peut même apparaître à ces nouveaux « usagers » comme un droit, nous éloignant de l'indication princeps que constituait à nos débuts l'hospitalisation conjointe pour psychose maternelle aiguë ou chronique.

Pour la psychose puerpérale, aiguë et transitoire, l'issue à moyen terme a toujours été favorable en ce qui concerne la pathologie maternelle elle-même. Mais le lien entre la mère et l'enfant pouvait être gravement endommagé du fait de la séparation précoce. De nombreuses familles disqualifient durablement cette mère qui n'avait pu s'occuper de son enfant à la naissance. Quant à l'avenir du couple, il apparaissait souvent bien sombre, sans soutien extérieur.

Les UMB permettent une prise en compte de ces différentes dimensions. Le travail avec le conjoint et père, l'alliance avec les grand-parents sont apparus progressivement comme des éléments majeurs du pronostic global, si l'on s'intéresse à la fois à la relation parents-enfant et à la pathologie postnatale. En plus du lien de la mère à l'enfant, qu'on appellera de manière plus spécifique *bonding*, l'accent a progressivement davantage porté sur le processus d'attachement du nourrisson envers sa mère, et aussi son père, dans le sens plus précis des développements récents des recherches concernant les conséquences des attachements insécures, et surtout des attachements désorganisés.

C'est pourquoi l'accent mis sur ce que vit le bébé et l'observation de son développement complètent progressivement la clinique de la pathologie puerpérale. Cela nécessite une capacité d'attention au bébé qui ne va pas de soi. Plus encore que dans les dispositifs d'observation du nourrisson, une vigilance de tous les instants est nécessaire pour que l'*infans* ne se dilue pas dans l'océan des difficultés parentales, pour que quelque chose de ce qu'il exprime, souvent d'une manière confuse et/ou discrète, soit entendu et pris en compte.

Cette introduction est suivie d'une première partie présentant les *Unités mère-bébé* : le premier chapitre expose de manière synthétique la base de données collective des Unités d'hospitalisation mère-bébé. Ces données nous apportent des informations essentielles : antécédents familiaux, analyse des facteurs de risque, analyse par pathologies, évolution à court terme de la pathologie maternelle et du lien mère-enfant. Le deuxième chapitre explicite en quoi consistent les bases spécifiques d'un soin institutionnel en UMB.

Nous aborderons, dans une deuxième partie, cette *clinique du nourrisson et du lien parents-enfant*, qui présente des points originaux par rapport à celle du bébé placé en pouponnière, ou en famille d'accueil, ou encore par rapport à celle du bébé isolé avec sa mère psychotique.

En effet, ces unités proposent un cadre dans lequel il n'y a pas de séparation entre parents et enfant, mais dans lequel des soignants sont présents constamment auprès d'eux ; l'ensemble assurant le maternage, mais aussi l'enveloppe affective et langagière nécessaire au petit d'homme. La continuité et la qualité des soins (soins maternels en appui sur les soins professionnels) seront garantes de la continuité du sentiment d'exister de l'enfant.

Nous détaillerons les méthodes d'observation et d'intervention, sans exclure de notre réflexion les signes de souffrance de certains enfants. La théorie de l'attachement peut apporter un éclairage utile pour mieux percevoir les liens qui se créent. Les différentes pathologies exposent à des risques différenciés que nous détaillerons par une revue de la littérature. Enfin seront abordés les devenir à moyen ou long terme de ces hospitalisations conjointes, par l'exposé de données cliniques et de recherche.

La partie suivante sera davantage tournée *du côté des parents* : désir d'enfant, temps de la régression pour la mère, place du père. Nous y montrerons que les Unités mère-bébé ne peuvent pas se centrer exclusivement sur le processus de maternité et leur étayage, et qu'il serait dommageable de réduire les situations que nous rencontrons à la « dyade » mère-enfant.

Enfin dans une dernière partie, nous nous tournerons *du côté des institutions et de l'évaluation des risques*. Les colloques rassemblant les Unités mère-bébé francophones ont contribué à clarifier la position des unités face aux demandes émanant du « contrôle social », ou plus clairement, face aux demandes d'expertises judiciaires. Le choix des unités francophones, contrairement à ce qui est accepté en Grande-Bretagne par exemple, reste celui des soins : soin de la mère, du nourrisson, soin de leur relation, parfois soin de l'entourage. En France (les unités belges ont une position intermédiaire), les missions de soin et d'expertise ne peuvent être réalisées par les mêmes médecins ou les mêmes équipes. Cependant les UMB peuvent contribuer à l'éclaircissement des problématiques en jeu. Les propositions de prise en charge, ou leurs limites, permettent une articulation minimale que les différents acteurs peuvent respecter ; la prise en compte de ces propositions aidant les partenaires administratifs et judiciaires dans leurs décisions.

La notion de réseau périnatal dans lequel prend place une UMB ne prend son sens que si l'on peut compter sur d'autres dispositifs que nous décrirons : en amont (depuis la grossesse, à la maternité ou en postnatal

immédiat) ou en aval (dispositifs soignants comme les accueils de jour, ou médico-sociaux).

L'idéologie des UMB vise à ne pas se substituer à la mère mais à l'accompagner le plus possible dans son rôle maternel. C'est une position idéale qui se heurte dans la réalité à des situations particulières, lorsque la sécurité du bébé n'est pas assurée. De ce fait, c'est un cadre complexe à gérer. Les équipes traversent des périodes d'insatisfaction et de doute. Les enjeux peuvent être ponctuellement contradictoires : laisser la parentalité se déployer et s'assurer que la continuité des soins au bébé soit suffisante, préserver la part de maternage mais ne pas trop compromettre la rencontre entre le père (qui reste souvent extérieur à l'unité) et l'enfant, réunir mère et nourrisson dans une UMB sans refuser a priori l'issue d'une séparation ou d'un placement pour la sécurité de l'enfant ou son développement.

Les plans périnatalité permettent d'enrichir au fil du temps les équipements nécessaires. Des efforts sont encore indispensables pour un maillage suffisant du territoire. Nous espérons que l'exposé de cette clinique riche et complexe que nous faisons ici contribuera à ce but. Car les UMB permettent un travail centré sur les populations les plus fragiles, et les situations les plus angoissantes, quand la survie d'un bébé, physique ou psychique, est en jeu. La longue durée de l'observation du nourrisson et de son entourage et l'expertise des équipes en font un outil précieux. Enfin la collaboration entre équipes d'hospitalisation et équipes médico-sociales a un sens dans la formation mutuelle, selon le modèle de la reprise des situations difficiles proposé par F. Molénat.

I

LES UNITÉS MÈRE-BÉBÉ

*Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Anne-Laure Sutter-Dallay,
Anne-Claire Thieulin, Patrick Chardeau,
Marie-Agathe Zimmermann, Alain Debourg, Blanche Massari,
Odile Cazas, Rafaele Cammas, Christine Rainelli,
François Poinso, Michel Maron, Sylvie Nezelof,
Pierre-Yves Ancel, Babak Khoshnood¹*

QUI SONT LES FEMMES ET LES BÉBÉS
HOSPITALISÉS À PLEIN TEMPS
DANS LES UNITÉS MÈRE-BÉBÉ EN FRANCE ?
LES USAGERS ET LES SOINS
DONNÉES NATIONALES 2001-2007

Les prises en charge conjointes mère-enfant en psychiatrie périnatale ont des indications diverses, et des modalités de soins variables selon les situations. Par exemple, le contexte sociofamilial, peut-être très soutenant ou au contraire très déstructuré et déstructurant. Le père de l'enfant, ou le partenaire, peut avoir lui-même des difficultés psychologiques ou au contraire avoir une capacité de soutien efficace pour la mère et/ou pour l'enfant. On comprend aisément que les prises en charge mère-enfant, pour une même pathologie maternelle, puissent être différentes, allant du soutien psychologique, plus ou moins ponctuel en ambulatoire, à des hospitalisations, à plein-temps, en Unité mère-bébé.

Dans tous les cas, il est important de toujours prendre le temps d'évaluer, avec les professionnels impliqués, l'intérêt ou non de tel type de

1. Le groupe de recherche UMB-SMF est composé des personnes suivantes :
Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal, Anne-Claire Thieulin, Babak Khoshnood, Pierre-Yves Ancel, INSERM, UMRS 953, IFR 69, Unité de recherches épidémiologiques sur la santé périnatale et santé des femmes, F-94807, Villejuif, France, UMPC Université Paris 06, UMRS953, F-75005, Paris, France.

Anne-Laure Sutter-Dallay, Patrick Chardeau, Marie-Agathe Zimmermann, Alain Debourg, Blanche Massari, Odile Cazas, Rafaele Cammas, Christine Rainelli, François Poinso, Michel Maron, Sylvie Nezelof ; Groupe de recherche UMB-SMF.

Les adresses des membres du groupe de recherche sont sur le site de la Société Marcé Francophone : <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/adresses.htm>

prise en charge plutôt que de tel autre, et savoir dans l'intérêt de qui la décision sera prise. Il faut malheureusement parfois tenir compte aussi du manque de place disponible dans les Unités mère-bébé ou de l'opposition de la femme ou/et de son entourage pour ce type de soins. Plusieurs chapitres de l'ouvrage discutent ces points. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons seulement aux hospitalisations conjointes mère-bébé à plein-temps dans une unité (UMB).

Nous ne reviendrons pas sur l'historique de l'implantation des Unités mère-bébé en France qui a été traité dans d'autres publications (Chardeau et Lafont, 2007 ; Cazas et Glangeaud-Freudenthal, 2004 ; Sutter, 2008 ; Sutter et Bourgeois, 1996) et résumé dans l'introduction de ce livre. Il y a une densité plus grande d'unités dans la région parisienne (6 unités), les autres 11 unités étant réparties de façon non codifiée, a priori sans directives des organismes de tutelle. La création d'unités se fait grâce à la forte motivation de pédopsychiatres (psychiatres de l'enfant et de l'adolescent) et/ou psychiatres d'adultes qui l'ont initiée et/ou qui en ont la responsabilité actuelle ainsi que bien sûr des ressources en locaux et personnels qui ont pu leur être fournies par les institutions. Ainsi, selon l'histoire de leur création, les unités peuvent être hébergées dans un service de psychiatrie, de pédopsychiatrie ou encore parfois dans un service de pédiatrie. Cependant, les personnes qui travaillent dans les UMBS appartiennent toujours, ou sont en lien avec, les services de psychiatrie d'adultes et/ou de pédopsychiatrie (Danion-Grilliat et coll., 2000). Certaines UMBS sont dirigées conjointement par ces deux services. Le nombre de lits et de berceaux par unité est aussi fonction du contexte historique de la création de l'UMB, et diffère suivant les lieux. Plusieurs articles décrivent l'activité et le fonctionnement d'une unité particulière sur plusieurs années (Cazas et coll., 1990 et 1991 ; Nezelof et Mathioly, 2007 ; Sutter et Bourgeois, 1998 ; Durand et coll., 1994 ; Durand et Amzallag, 1998).

Les plus grosses unités peuvent être dans un bâtiment séparé qui leur a été dédié spécifiquement, comme à Montesson, à Créteil, à Bordeaux ou à Brumath. Elles ont de 4 à 8 lits et berceaux avec des personnels spécialisés pour la mère et pour l'enfant. Le nombre d'admissions dans ces unités est de l'ordre de 15 à 25 par an. Les petites unités ont environ 2 ou 3 lits et sont souvent intégrées dans une partie individualisée d'un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie ou même parfois en pédiatrie. Le nombre d'admissions dans ces lieux est d'une dizaine par an. Dans les très petites unités réalisant 2 à 4 admissions mère-bébé par an, des lits individualisés pour l'hospitalisation conjointe mère-bébé peuvent être utilisés, lors d'une demande spécifique.

La limitation de la capacité d'accueil des unités et leur répartition géographique hétérogène ne permettent donc pas forcément une bonne