



HAL
open science

Un lit mère-bébé dans un service de psychiatrie pour adultes : pour qui ? pour quoi ?

Elodie Cocquelin

► **To cite this version:**

Elodie Cocquelin. Un lit mère-bébé dans un service de psychiatrie pour adultes : pour qui ? pour quoi ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2013. hal-01733423

HAL Id: hal-01733423

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733423>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Élodie COCQUELIN

Le 12 mars 2013

| |
|---|
| <p>UN LIT MÈRE-BÉBÉ DANS UN SERVICE DE PSYCHIATRIE POUR ADULTES : POUR QUI ? POUR QUOI ?</p> |
|---|

Examineurs de la thèse :

| | | |
|----------------------|-----------------------|-------------------|
| M. D. SIBERTIN-BLANC | Professeur | Président |
| M. B. KABUTH | Professeur | Juge |
| M. O. MOREL | Maître de Conférences | Juge |
| Mme S. ROTHENBURGER | Docteur | Juge et Directeur |

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen *Mission* « *sillon lorrain* » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen *Mission* « *Campus* » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen *Mission* « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen *Mission* « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

| Asseseurs : | |
|---|--|
| - 1 ^{er} Cycle : | Professeur Bruno CHENUÉL |
| « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales » | M. Christophe NÉMOS |
| - 2 ^{ème} Cycle : | Professeur Marc DEBOUVERIE |
| - 3 ^{ème} Cycle : | |
| « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> » | Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI |
| « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> » | Professeur Paolo DI PATRIZIO |
| - Filières professionnalisées : | M. Walter BLONDEL |
| - Formation Continue : | Professeur Hervé VESPIGNANI |
| - Commission de Prospective : | Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT |
| - Recherche : | Professeur Didier MAINARD |
| - Développement Professionnel Continu : | Professeur Jean-Dominique DE KORWIN |
| Asseseurs Relations Internationales | Professeur Jacques HUBERT |

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
- Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN -
Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre
CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre
DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean
FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN -
Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT -
Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre
LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN -
Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET -
Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN -
Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND -
René-Jean ROYER Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta
TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BÉNÉTOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV
54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

• **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

• **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteur Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteur Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

**5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie
médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

- **MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia
DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

- **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

• PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE
 Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
 Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie
 GILGENKRANTZ
 Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
 - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
 Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
 Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
 Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie
 (U.S.A) Professeur Paul MICHIELSEN
 (1979) *Université Catholique, Louvain*
 (Belgique) Professeur Charles A.
 BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston
 (U.S.A)
 Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
 Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology
 (U.S.A)
 Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
 Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
 Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)
 Professeur Théodore H. SCHIEBLER
 (1989) *Institut d'Anatomie de Würzburg*
 (R.F.A) Professeur Maria DELIVORIA-
 PAPAPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
 Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences
de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK
 (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
 Professeur James STEICHEN
 (1997) *Université d'Indianapolis*
 (U.S.A) Professeur Duong Quang
 TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de
Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
 Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
 Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA) Professeur
Yunfeng
 ZHOU (2009) *Université de WUHAN*
 (CHINE)

À notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Daniel Sibertin-Blanc
Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante de votre disponibilité et de vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.

L'année passée au sein de votre service nous a, à la fois, initiée à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et donné envie de poursuivre notre formation professionnelle en suivant cette voie.

Fière d'avoir été une de vos élèves, nous souhaitons vous exprimer toute notre gratitude pour l'accueil bienveillant que vous nous avez réservé, pour votre écoute attentive, pour la richesse de vos éclairages ainsi que pour vos qualités humaines, sources d'inspiration pour moi.

Que ce travail vous témoigne notre profond respect et toute notre admiration.

À notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Bernard Kabuth
Professeur de Pédopsychiatrie
Docteur en Psychologie

Nous sommes particulièrement honorée de votre participation à notre jury de thèse.

Nous vous remercions pour la richesse de votre enseignement dispensé lors des séminaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans une ambiance toujours chaleureuse et conviviale. Vous avez contribué grandement à notre formation théorique.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

À notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Olivier Morel

Maître de Conférences des Universités en Gynécologie-Obstétrique (Maternité
Régionale Universitaire de Nancy)

Praticien Hospitalier

Nous vous remercions de nous faire l'honneur d'étudier notre travail et de nous
apporter votre avis compétent et éclairé sur le sujet.

Recevez l'expression de notre respect le plus sincère.

À notre Directrice de thèse et juge,

Madame le Docteur Sophie Rothenburger

Docteur en Pédopsychiatrie

Praticien Hospitalier

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous sommes particulièrement reconnaissante pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail du début à la fin, pour votre aide permanente et vos remarques constructives.

Vous nous avez initiée à la prise en charge des mères et de leurs enfants lors de notre premier stage en pédopsychiatrie au sein de la Maternité Universitaire Régionale de Nancy. Cette instruction nous a donné le goût d'aller plus loin encore dans ce sujet.

Nous vous remercions pour la confiance que vous nous avez témoignée dans la réalisation de ce travail. Qu'il soit l'occasion de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond respect.

À ceux et celles qui ont participé et/ou qui m'ont soutenue dans l'élaboration de ce travail :

à l'équipe de la Clinique Intersectorielle pour m'avoir autorisé et facilité l'accès aux dossiers médicaux,

aux documentalistes toujours très disponibles,

à l'équipe du DIM et des archives du CPN,

à Lidiana, Vincent, Émilie, Xavier et Marine,

aux équipes du CMP des Nations et d'Horizon pour leur écoute attentive et leurs conseils très pertinents,

à Madame le Docteur Zeybek pour ses encouragements et ses précieux conseils.

À mes Maîtres de stage qui m'ont fait découvrir et apprécier la psychiatrie adulte puis la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,

Monsieur le Docteur Pannetier qui m'a initiée à la psychiatrie d'urgence,

Mesdames les Docteurs Savonnière et Witkowski qui m'ont fait découvrir la systémie,

Messieurs les Docteurs Werner et Bourgoignon, le semestre passé à vos côtés a été source de riches apprentissages et de très agréables moments de partage,

L'équipe du CMP de Lunéville et notamment aux Docteur Vigier, Docteur Saad, Docteur Kieffer et Docteur Coutelle,

Mme le Docteur Zeybek auprès de laquelle j'ai découvert la psychiatrie pour adolescent et avec qui j'ai plaisir à travailler chaque jour,

Mme le Docteur Doléans que je remercie pour son accueil chaleureux au sein de l'équipe du CMP des Nations, c'est avec un réel bonheur que je travaille auprès de vous.

Un grand merci aux Docteurs Giraud et Derlon, médecins de PMI, j'ai eu grand plaisir à travailler à vos côtés, votre intérêt pour la pédiatrie ne peut être que contagieux !

À ma famille,

À mon mari, Jimmy, merci de ta présence et de ton soutien de chaque instant. Ton amour et ta douceur contribuent grandement à mon équilibre ;

À mes filles, Lila et Garance, les prunelles de mes yeux, vous êtes ma fierté, ma force et mon soleil de chaque jour ;

À mes parents, votre soutien et vos encouragements m'ont permis de mener à bien mes études. Ce travail vous est particulièrement dédié avec tout mon respect ;

À ma sœur, Mélanie, véritable cocktail explosif de bonne humeur ;

À mes grand-mères et à ma grand-tante Janine, vous avez façonné une partie de mon enfance avec douceur et bienveillance ;

À mes beaux-parents et mon beau-frère Patrice, merci de m'avoir si bien accueillie au sein de votre famille.

À mes amis,

À mes amies pour toujours, Lise et Marine, sœurs de cœur et bien plus encore ;

À mes amies parisiennes, Chloé, Fabienne, Caro, Marie, Virginie (quelle joie de te retrouver à Nancy !)

À mes amis Nancéens, Lidiana et Vincent, Émilie et Xavier, Cathy et Bénito, Maëvah et Philippe, Nathalie et Thierry, Joseph et Émilie, Jérémy et Cécile ;

À tous ceux que je n'ai pas cités mais auxquels je pense tout de même...

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

ABRÉVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
BDA : Bouffée Délirante Aiguë
BEP : Brevet d'Études Professionnelles
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPN : Centre Psychothérapique de Nancy
DISPADD : DISpositif de Soins Psychothérapiques Précoces À Domicile
EPI : Entretien Précoce Individuel
ETP : Équivalent Temps Plein
FCS : Fausse-Couche Spontanée
HDJ : Hôpital de Jour
HMN : Hospitalisation Mère-Nourrisson
IMG : Interruption Médicale de Grossesse
IOE : Investigation d'Orientation Éducative
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MFIU : Mort Fœtale In Utero
MSN : Mort Subite du Nourrisson
OPP : Ordonnance de Placement Provisoire
PMI : Protection Maternelle et Infantile
SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile
SMF : Société Marcé Francophone
TISFE : Technicienne de l'Intervention Sociale et familiale à Titre Éducatif
TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs
UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes
UMB : Unités Mère-Bébé
VAD : Visite à Domicile



« Un bébé, ça n'existe pas. »
Winnicott

« La maternalité est comme une étroite corniche,
où les conditions ambiantes, actuelles et passées,
se trouvent jouer un rôle important,
soit pour soutenir le moi de la femme,
soit au contraire pour le pousser hors de ses gonds. »
Racamier

Sommaire

| | |
|--|----|
| 1. Introduction | 23 |
| 2. Généralités | 25 |
| 2.1. Historique des Unités Mère-Bébé..... | 25 |
| 2.2. Les Unités Mère-Bébé en France | 25 |
| 2.3. Fonctionnement et soins en Unités Mère-Bébé..... | 26 |
| 2.4. Le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy..... | 28 |
| 2.4.1. Généralités sur la Clinique Intersectorielle..... | 28 |
| 2.4.2. Composition de l'équipe soignante..... | 29 |
| 2.4.3. Missions | 29 |
| 2.4.4. Projets de soins et modalités de prise en charge | 30 |
| 2.4.5. Le lit mère-bébé à la Clinique Intersectorielle..... | 30 |
| 2.5. Données épidémiologiques autour des naissances en Lorraine..... | 33 |
| 3. Présentation de l'étude | 35 |
| 3.1. Justification de l'étude..... | 35 |
| 3.2. Objectifs de l'étude..... | 36 |
| 4. Méthodologie | 37 |
| 4.1. Type d'étude | 37 |
| 4.2. Population étudiée | 37 |
| 4.3. Données recueillies..... | 38 |
| 4.3.1. Modalités de recueil | 38 |
| 4.3.2. Description de la grille de recueil de données | 39 |

| | |
|---|------------|
| 4.4. Analyse statistique..... | 47 |
| 5. Résultats..... | 48 |
| 5.1. Échantillon..... | 48 |
| 5.2. Résultats du recueil de données..... | 48 |
| 5.2.1. Résultats concernant la mère..... | 49 |
| 5.2.2. Résultats concernant le père de l'enfant..... | 67 |
| 5.2.3. Résultats concernant le déroulement de la grossesse et la naissance de l'enfant ... | 69 |
| 5.2.4. Résultats concernant les caractéristiques de l'hospitalisation..... | 75 |
| 6. Discussion..... | 103 |
| 6.1. Autour de l'accueil et de l'organisation des soins pour les dyades mère-bébé hospitalisées au sein de la Clinique Intersectorielle du CPN..... | 103 |
| 6.2. Discussion autour des résultats de notre étude..... | 106 |
| 6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la mère..... | 106 |
| 6.2.2. Caractéristiques cliniques de la mère..... | 119 |
| 6.2.3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques du père de l'enfant..... | 124 |
| 6.2.4. Caractéristiques environnementales et cliniques lors de la grossesse et de la naissance de l'enfant..... | 128 |
| 6.2.5. Caractéristiques des modalités d'admission en hospitalisation..... | 134 |
| 6.2.6. Caractéristiques des modalités de prise en charge..... | 149 |
| 6.2.7. Caractéristiques des modalités de sortie d'hospitalisation..... | 155 |
| 6.3. Discussion autour de l'élaboration de notre étude..... | 163 |
| 6.3.1. Forces et limites de l'étude..... | 163 |
| 6.3.2. Biais de l'étude..... | 163 |
| 6.4. Pistes de réflexions..... | 164 |
| 6.4.1. Un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé : pour qui ?..... | 164 |
| 6.4.2. Un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé : pour quoi ?..... | 165 |

| | |
|--|------------|
| 6.4.3. Perspectives..... | 166 |
| 7. Conclusion..... | 169 |
| 8. Bibliographie..... | 171 |
| 9. Annexes | 178 |
| 9.1. Annexe 1 : Grille de recueil de données | 178 |
| 9.2. Annexe 2 : Communauté Urbaine du grand Nancy..... | 185 |

Tableaux

| | |
|---|-----|
| Tableau 1 : Données sociodémographiques concernant la population hospitalisée..... | 49 |
| Tableau 2 : Données sociodémographiques concernant la population hospitalisée..... | 50 |
| Tableau 3 : Données cliniques concernant les mères hospitalisées | 62 |
| Tableau 4 : Données sociodémographiques et antécédents psychiatriques chez le père de l'enfant | 67 |
| Tableau 5 : Données concernant le déroulement de la grossesse et de la naissance de l'enfant hospitalisé avec sa mère | 69 |
| Tableau 6: Données concernant les modalités d'admission en hospitalisation de la dyade mère-enfant..... | 75 |
| Tableau 7 : Age de l'enfant lors de l'hospitalisation de la mère et de la dyade..... | 76 |
| Tableau 8 : Répartition de l'origine des demandes d'hospitalisation des dyades..... | 77 |
| Tableau 9 : Répartition du sexe et de l'âge des enfants selon le diagnostic retenu pour la mère | 85 |
| Tableau 10 : Répartition des antécédents de traumatismes dans l'enfance selon les diagnostics | 86 |
| Tableau 11 : Données concernant les modalités de prise en charge et d'évaluation au cours de l'hospitalisation de la dyade mère-enfant..... | 88 |
| Tableau 12 : Données concernant les modalités de sortie d'hospitalisation de la dyade mère-enfant..... | 93 |
| Tableau 13 : Durée d'hospitalisation pour la dyade mère-enfant | 94 |
| Tableau 14 : Durée de séjour en fonction du diagnostic maternel retenu | 95 |
| Tableau 15 : Répartition en nombre absolu des pathologies maternelles en fonction des lieux de placement..... | 100 |
| Tableau 16 : Données comparatives sociodémographiques et professionnelles des mères hospitalisées | 106 |
| Tableau 17 : Données comparatives concernant la primiparité | 119 |
| Tableau 18 : Comparaison selon les études des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse..... | 129 |
| Tableau 19 : Comparaison des origines des demandes d'hospitalisation selon les études ... | 136 |
| Tableau 20 : Comparaison selon les diagnostics retenus à l'entrée des patientes selon les études..... | 144 |
| Tableau 21 : Comparaison de la durée de séjour en fonction des différentes études..... | 156 |

Figures

| | |
|--|-----|
| Figure 1 : Évolution chronologique du nombre d'hospitalisations conjointes de fin 1999 à fin 2010..... | 33 |
| Figure 2 : Répartition selon les tranches d'âge | 51 |
| Figure 3 : Lieux de vie classés en département en fonction du nombre de patientes | 52 |
| Figure 4 : Situation conjugale | 53 |
| Figure 5 : Répartition selon le niveau d'études..... | 54 |
| Figure 6 : Statut professionnel | 55 |
| Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels de placement dans l'enfance..... | 56 |
| Figure 8 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels de maltraitance dans l'enfance..... | 57 |
| Figure 9 : Répartition des patientes selon les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance..... | 58 |
| Figure 10 : Répartition des patientes selon les antécédents d'expériences traumatiques | 58 |
| Figure 11 : Énumération du nombre de traumatismes retrouvés par chaque patiente | 60 |
| Figure 12 : Répartition des antécédents diagnostics psychiatriques | 64 |
| Figure 13 : Répartition par tranche d'âge chez le père de l'enfant | 68 |
| Figure 14 : Troubles psychiques pendant la grossesse..... | 71 |
| Figure 15 : Énumération de la proportion de facteurs de vulnérabilité retrouvés pour chaque patiente | 73 |
| Figure 16 : Répartition des tranches d'âge de l'enfant lors de l'hospitalisation de sa mère.... | 76 |
| Figure 17 : Répartition selon les motifs d'hospitalisation conjointe..... | 79 |
| Figure 18 : Répartition de la population selon le diagnostic clinique retenu à l'entrée..... | 83 |
| Figure 19 : Facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse..... | 128 |

1. Introduction

La grossesse et l'accouchement représentent pour les femmes des périodes de rupture avec leur équilibre antérieur et de remaniements psychiques. Elles vont endosser une nouvelle fonction, celle de devenir mère, et un nouveau rôle, celui de prodiguer des soins à un bébé qu'elles vont découvrir et auquel elles vont devoir s'ajuster.

Pour un nombre non négligeable de femmes, la naissance est malheureusement associée à un premier épisode psychopathologique, à la rechute ou à l'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant, pouvant altérer les premiers liens avec l'enfant. Certains troubles débutent au cours de la grossesse et se pérennisent au-delà de la naissance avec ou sans intervalle libre. D'autres se développent soudainement en post-partum immédiat ou apparaissent insidieusement dans les mois qui suivent l'accouchement.

Les troubles psychiatriques maternels survenant pendant la période puerpérale sont une cause fréquente de séparation mère-bébé pour permettre des soins à la mère. Mais comment une femme peut-elle devenir mère loin de son enfant ? De même, comment un enfant séparé de sa mère peut-il s'attacher à elle si les soins prodigués sont assurés par une tierce personne ?

Le Royaume-Uni est à l'initiative de la création puis du développement des unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé une quinzaine d'années avant les premières unités françaises qui, elles, datent du début des années 1980.

Les UMB constituent un outil thérapeutique parmi les autres dispositifs de soin et de prévention, organisés autour de la mère et de son enfant. Leur objectif est d'offrir un temps et un lieu contenant tant pour la mère que pour le bébé. Cet espace permet, à la fois, des soins destinés à la mère, un étayage et un accompagnement dans le développement des capacités maternelles, tout en faisant bénéficier à l'enfant d'un environnement sécurisant.

Le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé de la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy est né de cette dynamique. Il fonctionne depuis une dizaine d'années au sein de ce service ouvert de psychiatrie pour adultes. Ce lit, unique en région Lorraine, pose de nombreuses questions en termes de recrutement de la population hospitalisée et du travail qui peut y être effectué. Après un recul de 10 ans d'expérience, il

nous a paru intéressant de nous pencher sur ce mode d'hospitalisation en étudiant les dossiers des dyades hospitalisées dans ce lit.

Dans un premier temps, nous reprendrons succinctement les bases théoriques et cliniques qui ont conduit à la création des unités mère-bébé (UMB). Nous ferons rapidement leur historique mettant en avant leurs buts et fonctions au sein des différents pays pour enfin nous concentrer sur le lit d'hospitalisation conjointe à la Clinique Intersectorielle du CPN.

Dans un deuxième et un troisième temps, nous définirons la méthodologie de notre étude puis nous en retranscrirons les résultats.

Dans une dernière partie, nous discuterons les résultats de notre étude en les rapprochant des données sociodémographiques des femmes en suites de couches dans la population générale puis celles d'études similaires menées dans différentes UMB en France. Ceci nous conduira à formuler des remarques quant au travail effectué à la Clinique Intersectorielle dont les modalités d'accueil et d'organisation sont singulières et caractérisées par l'hospitalisation des dyades parmi les autres patients du service.

2. Généralités

2.1. Historique des Unités Mère-Bébé

L'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie s'est développée dès la fin de la Seconde Guerre Mondiale en Grande-Bretagne (1). L'évacuation des enfants en bas âge hors de Londres lors du Blitz a participé à révéler les effets délétères de la séparation d'un enfant de sa famille. Parallèlement, le pays a été sensibilisé par les travaux de psychiatres tels que Spitz, Winnicott, Robertson et Bowlby dont les découvertes portent sur l'aspect vital de la relation mère-bébé, l'existence d'interactions précoces mère-enfant et sur les compétences du nouveau-né (2-5). En 1948, le Dr Main, psychiatre au Cassel Hospital dans le Surrey, autorise une mère à être hospitalisée avec son enfant et devient ainsi le pionnier de l'hospitalisation conjointe mère-bébé (6). Ce n'est qu'en 1959, que Baker crée la première unité spécifique aux hospitalisations conjointes à l'hôpital de Bandstead (4,7,8). Trois ans après son ouverture, il publie une étude comparative démontrant que les mères psychotiques admises avec leur bébé avaient une durée de séjour plus courte et un taux de rechute réduit par rapport aux mères admises seules (9). C'est dans ce contexte que les unités mère-bébé se sont développées en Grande-Bretagne dans les services de psychiatrie pour adultes.

Cette pratique s'est étendue également dans quelques pays européens : France, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg et Allemagne ; puis, à partir des années 1990, à l'autre bout du monde, dans les pays du Commonwealth (Nouvelle-Zélande, Australie). Il y eut des hospitalisations conjointes épisodiques aux États-Unis, en Suisse, en Israël et au Canada. (10)

2.2. Les Unités Mère-Bébé en France

En France, nous attribuons à Racamier les premières hospitalisations conjointes mère-bébé en milieu psychiatrique en 1961 à l'hôpital psychiatrique du Prémontré dans l'Aisne. Dans son article « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », il développe le concept de « maternalité » et prône l'intérêt de ces admissions conjointes dans le post-partum pour les mères psychotiques. Il suggère même la création d'unités spécifiques (11). Cette expérience reste cependant unique et il faudra attendre les années 1980 pour voir se créer la première unité d'hospitalisation temps plein mère-nourrisson à l'hôpital intercommunal de

Créteil dans le service de pédopsychiatrie (1979) ainsi qu'une unité à l'hôpital Paul Brousse de Villejuif dans le service de psychiatrie générale (1980). Contrairement à la Grande-Bretagne, les lits mère-bébé sont essentiellement accueillis dans des services de pédopsychiatrie. Petit à petit, d'autres unités se sont ouvertes, c'est ainsi qu'en 1998, il existe en France 25 lits d'HMN (Durand et al. 1994). En 2009, 17 UMB sont recensées soit environ 60 lits d'hospitalisation (3,10,12). Ce chiffre est cependant bien loin des 417 à 625 lits en psychiatrie qui seraient nécessaires pour répondre à la totalité des besoins (selon la base de calculs de Oates (13)) pour les 834 000 naissances annuelles en France (14).

Les unités d'hospitalisation conjointe françaises se développent de manière hétérogène à l'initiative des pédopsychiatres ou des psychiatres d'adultes et selon les ressources en personnels et locaux fournis par les institutions. Elles diffèrent aussi bien dans leur pratique (implantées à l'hôpital même ou dans des locaux reconvertis spécialement aménagés, accueillies dans des services de psychiatrie pour enfants ou adultes, parfois en pédiatrie) que dans leur répartition géographique (6,15). Elles ne permettent pas de répondre forcément aux besoins réels d'une région. L'accueil mère-bébé reste dans tous les cas une activité non sectorisée (6).

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 comptent entre 4 à 8 lits et berceaux avec des personnels spécialisés pour la mère et pour l'enfant ; le nombre d'admissions est de l'ordre de 15 à 25 par an. Les petites unités ont environ 2 ou 3 lits individualisés et sont souvent intégrées dans un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie ou même parfois en pédiatrie (Poitiers). Le nombre d'admissions dans ces lieux est d'une dizaine par an. Enfin, dans les très petites unités réalisant 2 à 4 admissions mère-bébé par an, les lits individualisés pour l'hospitalisation conjointe mère-bébé peuvent être utilisés lors d'une demande spécifique. (6,10,16)

2.3. Fonctionnement et soins en Unités Mère-Bébé

Il s'agit d'un outil thérapeutique, organisé autour de la mère et de son enfant. Il ne prend sens qu'articulé avec les autres dispositifs de soin et de prévention centrés sur la famille.

Ce mode d'hospitalisation s'adresse à des femmes pour lesquelles la période périnatale est à l'origine d'un effondrement psychique représentant un potentiel risque pour l'établissement des premiers liens mère-enfant et le développement psychique de l'enfant (17). Certaines unités privilégient les indications posées sur les manifestations de souffrance du bébé ou du jeune enfant au-delà de 1 an. Elles sont cependant rares en France (plus fréquentes en Australie) (18).

L'hospitalisation conjointe permet à la mère et à l'enfant de bénéficier d'un milieu protecteur où l'équipe soignante joue un rôle de médiateurs encourageants et rassurants et où les contacts mère-bébé sont mesurés au jour le jour, en raison de ce que la femme peut assumer (19). La mère y reçoit des soins, est accompagnée dans les soins quotidiens au nourrisson, étayée dans le développement de ses capacités maternelles et soutenue dans les interactions mère-bébé. Quant à l'enfant, il lui est assuré une contenance, une protection et une continuité dans l'attention psychique et physique qui lui est portée. De même, il évite les effets néfastes des séparations précoces mère-enfant. (20)

Le principe initial de l'accueil consiste à ne pas se substituer aux parents dans les soins quotidiens au bébé. C'est la mère, parfois le père, qui assurent les soins de base de l'enfant. Les infirmiers se montrent disponibles, accompagnant les mères dans des moments ressentis comme angoissants. Ils peuvent cependant accepter les demandes de suppléance quand la mère le sollicite, ponctuellement ou plus régulièrement. (21,22)

Parfois l'hospitalisation conjointe permet de reconnaître la nécessité de la séparation de la mère et de son enfant à partir de l'unité. Il s'agit alors de ne pas arracher l'enfant mais de travailler autour du placement ce qui nécessite un temps d'élaboration et son accompagnement dans le lieu d'accueil. (6)

L'UMB s'inscrit dans un maillage ou réseau de soins intra et extra hospitaliers qui se constituent autour des services de psychiatrie, avec l'obstétrique (Mirisky et al., 1999), la pédiatrie, la PMI, les services sociaux et judiciaires mais aussi la famille (Nézeloff et al., 1994). (7)

2.4. Le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy

La région Lorraine ne dispose pas à l'heure actuelle d'unité spécifique d'hospitalisation « mère-bébé », en dehors de deux places d'hospitalisation à temps plein : une pour une dyade mère-enfant dans la structure de la clinique intersectorielle du CPN qui a une fonction de psychiatrie générale et une autre dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Brabois qui accueille des mères adolescentes. Les Unités d'Hospitalisation Mères-Bébés (UHMB) les plus proches se situent dans la région d'Alsace à Brumath et à Strasbourg, dans la région Franche-Comté à Besançon ou encore en région parisienne et en Belgique.

2.4.1. Généralités sur la Clinique Intersectorielle

La Clinique Intersectorielle du CPN est une structure ouverte d'hospitalisation, non sectorisée, complétant le dispositif d'hospitalisation des secteurs de psychiatrie générale de l'agglomération nancéenne.

L'objectif de cette unité est de soigner une population qui jusqu'ici était réticente à accepter une hospitalisation en psychiatrie dans des services où elle risquait d'être confrontée à une mixité des pathologies.

L'ouverture de cette structure s'est faite le 13 septembre 1999.

La Clinique Intersectorielle est un service ouvert de 21 lits d'hospitalisation.

Cette unité est fonctionnelle sur deux étages : le rez-de-chaussée, réservé à l'espace de vie de jour (accueil-secretariat, consultations, ateliers, visites et repas) et le premier étage, réservé à l'espace de nuit avec les chambres d'hospitalisation.

2.4.2. Composition de l'équipe soignante

➤ Sur le plan médical :

La clinique dispose de 3 médecins psychiatres pour 2ETP dont l'un a la fonction de médecin coordonnateur.

Les médecins assurent les consultations préalables à l'hospitalisation, l'ensemble des consultations médicales de la structure ainsi que les psychothérapies et consultations de suivi en attendant le relais avec le CMP ou les psychiatres libéraux.

➤ Sur le plan paramédical :

Elle est composée d'un cadre supérieur de santé, d'un cadre de santé, de 20 infirmiers/infirmières, d'une psychomotricienne et de 0.5 ETP musicothérapeute.

Chaque patient bénéficie d'un infirmier référent.

➤ Les autres professionnels :

Le reste de l'équipe est composé par un psychologue, deux secrétaires et de 0.5 ETP assistante sociale.

2.4.3. Missions

Cette unité a pour mission d'accueillir des personnes des deux sexes, adultes, en hospitalisation libre, présentant des troubles psychologiques et psychiatriques compatibles avec la structure à l'exception des troubles graves du comportement, des dépendances majeures et de l'état dangereux en général.

L'élément déterminant de l'admission est la demande de soins du patient, l'établissement d'un contrat de soins, sa capacité à le respecter et à ne pas porter atteinte à sa sécurité ou à celle des autres patients.

2.4.4. Projets de soins et modalités de prise en charge

Il existe différentes modalités de prise en charge : l'hospitalisation temps plein, l'hospitalisation de jour, les consultations externes et les suivis d'ateliers thérapeutiques (des ateliers d'expression : musique et création, lecture, groupe de parole, musicothérapie active, trouver sa voix, jeux de rôles et des ateliers corporels : psychomotricité, espace multi sensoriel, activités physiques et sportives, escalade, balnéothérapie, esthétique).

Un bilan et un accompagnement social sont réalisés chaque fois que nécessaire.

L'Unité Clinique n'a pas pour mission d'assurer le suivi au long cours après une hospitalisation mais doit assurer le relai entre le patient et les structures de type Centre Médico-Psychologique (CMP), services sociaux... En attendant ce relai, certains patients bénéficient d'entretiens médicaux, infirmiers, psychologiques et peuvent continuer sur 15 jours certains ateliers.

Afin de garantir une bonne coordination, l'ensemble des professionnels présents dans la structure participent chaque semaine à une réunion clinique et à une réunion concernant les ateliers.

Ils bénéficient également de séances de supervision clinique.

2.4.5. Le lit mère-bébé à la Clinique Intersectorielle

Une spécificité de la Clinique Intersectorielle est la prise en charge en hospitalisation temps plein d'une mère et de son enfant. Il s'agit du seul lit mère-bébé de la région Lorraine ouvert aux femmes majeures. Pour y être admise, la mère doit être partie prenante de la décision d'hospitalisation temps plein qui se fait librement.

La chambre mère-bébé est une chambre spécifique plus spacieuse que les autres chambres du service. Elle est cependant utilisée entre deux admissions de dyades pour d'autres types de prise en charge. Elle contient une pièce attenante qui sert d'espace bébé, séparée d'une porte, équipée d'un lit à barreaux, d'une table à langer, d'un réfrigérateur, d'un chauffe-biberon et d'un point d'eau. Le bain est donné dans la salle de bain commune du service. La Clinique Intersectorielle est équipée d'un landau, d'un parc et de jouets qui sont adaptés à l'âge de l'enfant accueilli. Il n'y a, par contre, pas de salle d'éveil.

Lorsqu'une hospitalisation conjointe est annoncée, la chambre et le matériel de puériculture sont préparés.

L'enfant accueilli est en principe d'un jeune âge, moins d'une année, la structure étant peu adaptée pour des enfants plus grands. Il a un statut de « passager clandestin ». Sur le plan réglementaire, le statut de l'enfant est défini par la circulaire ministérielle du 14 juin 1960 qui autorise la présence d'un membre de la famille auprès d'un parent malade. L'enfant est donc l'accompagnateur, il n'a pas de statut de malade et ses journées ne sont pas facturées. Il n'a pas de dossier médical qui lui est propre mais un dossier papier inséré à celui de sa mère dans lequel sont retranscrits les observations faites de lui, le guide sur son régime alimentaire et parfois les échelles de Brazelton effectuées par la psychomotricienne du service. Les couches, le lait, les biberons sont fournis par le CPN.

Actuellement, la pédiatre de la crèche hospitalière du CPN voit les enfants à leur admission à la Clinique Intersectorielle. Elle assure également les consultations systématiques si elles doivent être réalisées pendant le séjour de la dyade, contrôle les vaccinations et les régimes alimentaires. Elle intervient à la demande lorsque les enfants présentent des problèmes somatiques.

Un poste infirmier de journée supplémentaire est attribué lors de la prise en charge mère-bébé. Afin de limiter la multiplicité des intervenants, pourtant inévitable compte-tenu d'un travail réparti en 3 équipes sur 24H, des congés et des jours de repos de chacun, des infirmiers référents se désignent, en priorité au sein des soignants formés à ce type de prise en charge. Effectivement, certains infirmiers ont bénéficié de stage d'immersion de quelques semaines au sein d'UMB à Montfavet et à Montesson peu après la création de la structure.

Certaines indications d'hospitalisation conjointe peuvent être posées avant l'accouchement. Des femmes ont la possibilité d'être admises avant la naissance de l'enfant et le travail sur le lien peut alors s'amorcer. Dans d'autres cas, un membre de l'équipe soignante peut se détacher du service et rendre visite aux mères à la Maternité Universitaire Régionale de Nancy permettant un premier contact ou de maintenir le lien avec elles. Une consultation de pré-admission est quasi-systématique. Elle évalue la pertinence de l'hospitalisation et pose les objectifs du séjour.

Une des spécificités du service est de ne pas répondre aux admissions sur sollicitations du secteur judiciaire.

Les entretiens psychothérapeutiques avec les médecins et psychologue de la structure sont quasiment tous effectués en l'absence de l'enfant qui est alors confié à l'équipe soignante. D'autres sont organisés en présence du père de l'enfant et de la famille proche. Il y a une réelle volonté de l'équipe d'inclure les pères aux prises en charge de leur compagne. Une pédopsychiatre intervient ponctuellement lors des hospitalisations conjointes et assure des entretiens mère-bébé. Elle aborde le vécu de la maternité et évalue la relation mère-enfant. La pédopsychiatre qui intervient à la clinique assume d'autres fonctions dans l'intersecteur notamment celui de psychiatre de liaison à la Maternité Universitaire Régionale de Nancy.

Des ateliers thérapeutiques sont plus particulièrement dédiés aux mères et à leur enfant comme la psychomotricité, la musicothérapie.

Au cours du séjour des dyades, des réunions spécifiques peuvent s'organiser si nécessaire soit entre les membres de l'équipe de la Clinique Intersectorielle soit en conviant les partenaires extérieurs, garants de la continuité des soins à la sortie de la dyade.

Pendant son séjour, l'enfant peut être amené à être accueilli par la crèche hospitalière sur décision médicale et après accord de la structure d'accueil.

Des partenaires extérieurs à la Clinique Intersectorielle interviennent dans les prises en charge des dyades. En complément de l'intervention de la pédopsychiatre, une infirmière du secteur de psychiatrie infanto-juvénile peut être amenée à voir les dyades et à co-animer les ateliers thérapeutiques. Le personnel de PMI intervient également lorsque le suivi était déjà effectif avant l'admission de la dyade ou lorsqu'il va se mettre en place à la sortie d'hospitalisation. De même, des sages-femmes libérales peuvent être amenées à se déplacer auprès de ces dyades.

La prise en charge en hôpital de jour peut venir en relai de l'hospitalisation temps plein. Le manque d'effectif de personnels soignants oblige à ne pas admettre ensemble une dyade en hospitalisation temps plein et une autre en hospitalisation de journée.

L'évolution du nombre d'hospitalisations conjointes au cours des années est indiquée sur le tableau suivant.

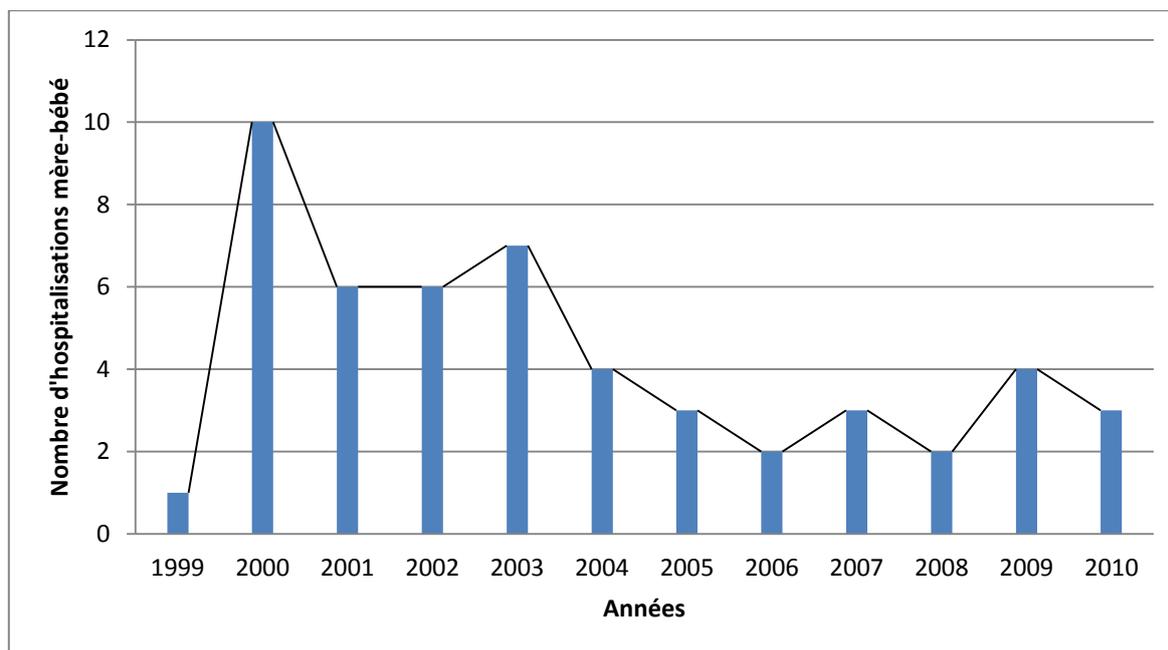


Figure 1 : Évolution chronologique du nombre d'hospitalisations conjointes de fin 1999 à fin 2010

Le nombre annuel d'hospitalisation mère-enfant varie de 2 à 10 admissions.

L'accueil des dyades est discontinu. Selon les périodes, des demandes sont refusées faute de place, à d'autres, il y a des moments où le lit reste vacant accueillant alors des patients pour de tout autre trouble.

2.5. Données épidémiologiques autour des naissances en Lorraine (23)

Près de 27 000 naissances sont enregistrées dans le bassin lorrain chaque année.

La quasi-totalité de ces naissances a lieu au sein d'établissements spécialisés (maternités ou cliniques) et se répartissent en dix-sept bassins de naissances avec une disparité importante quant à leur nombre.

Deux tiers des naissances ont lieu dans cinq communes : Nancy, Metz, Thionville, Épinal et Saint-Avold.

En moyenne, quatre femmes sur cinq accouchent dans son bassin de rattachement.

Au niveau départemental, la répartition des naissances est en revanche équilibrée et suit celle de la population lorraine : 44% des parturientes résident en Moselle, 34% en Meurthe et Moselle, 16% dans les Vosges et 6% en Meuse.

Nancy, qui accueille la Maternité Régionale Universitaire, est la commune où le nombre d'accouchements est le plus élevé de la région, enregistrant près d'une naissance sur quatre. Le bassin nancéen s'impose aux parturientes résidant à Nancy et dans ses environs. Il séduit également plus d'une mère sur deux vivant dans les arrondissements voisins de Lunéville et de Toul qui disposent pourtant de leur propre maternité. Son influence s'exerce également en Moselle dans l'arrondissement de Château-Salins. La Maternité Régionale de Nancy, seule maternité de niveau 3 de la région, prend en charge des mères, couples et nouveau-nés confrontés à des pathologies somatiques, obstétricales et néonatales lourdes.

3. Présentation de l'étude

3.1. Justification de l'étude

Lors de notre stage au Centre Médico-Psychologique pour enfants et adolescents de Lunéville, rattaché au Centre Psychothérapique de Nancy à Laxou, nous avons eu l'occasion d'effectuer des vacations pendant une période de 6 mois au sein de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Ces vacations, réalisées aux côtés du Dr Sophie Rothenburger, pédopsychiatre de liaison au sein de la Maternité, nous ont ouvert les yeux sur la période délicate que traversent certaines femmes nouvellement mères, de nouveau mères ou en attente de le devenir.

De nombreuses situations et prises en charge de troubles psychoaffectifs du post-partum nous ont interpellée. Certaines pouvaient être gérées en ambulatoire avec un relai par la psychiatrie de secteur ou libérale. D'autres étaient beaucoup plus délicates et ont soulevé la question d'une éventuelle indication d'hospitalisation conjointe mère-bébé.

Ce mode d'hospitalisation est possible à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy qui dispose d'un lit mère-bébé. Cette possibilité d'hospitaliser une mère avec son bébé a été créée en 1999. Officiellement, un deuxième lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé existe en Lorraine à l'Hôpital d'Enfants de Brabois mais n'accueille qu'une population restreinte, ciblée sur les mères adolescentes, ce lit étant au sein du service de pédopsychiatrie.

Après un peu plus de dix ans de fonctionnement, il nous a paru intéressant de nous pencher sur ce mode d'hospitalisation en décrivant et en évaluant les fonctions curatives et préventives de cette prise en charge dont peuvent bénéficier les mères majeures de la région Lorraine. Notre étude, rétrospective, permet de soulever des questions notamment en termes d'origine et de motif de demande, de recrutement de population (profil sociodémographique et clinique de ces jeunes mères) et de prise en charge proposée dans cette structure ouverte, au sein d'un service de psychiatrie pour adultes.

3.2. Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** de notre étude est de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population mère-bébé hospitalisée conjointement à la Clinique Intersectorielle du CPN, ainsi que les caractéristiques des modalités d'admission, de prise en charge et de sortie d'hospitalisation entre août 2001 et octobre 2010.

Les **objectifs secondaires** sont, dans un premier temps, de comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population étudiée dans notre étude à celles de la population générale des femmes en suites de couches afin de dégager un profil de ces patientes hospitalisées. Ils sont également de rapprocher nos résultats de ceux d'autres études effectuées dans des unités mère-bébé françaises afin de discuter les points communs et les particularités des profils et des prises en charge au sein de l'établissement étudié.

4. Méthodologie

4.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, rétrospective, à visée descriptive.

Elle évalue les caractéristiques principales du profil clinique et social des patientes hospitalisées avec leur bébé à la Clinique Intersectorielle du CPN. Nous avons intégré à notre analyse les données recueillies lors de l'admission et de la prise en charge en hospitalisation ainsi que les modalités de suivi et de soutien à leur sortie d'hospitalisation.

4.2. Population étudiée

La population source est constituée des patientes hospitalisées avec leur bébé dans le lit mère-bébé dédié à cet effet à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy, depuis son ouverture c'est-à-dire fin 1999 à fin 2010, soit n=52 patientes.

La population étudiée est constituée des patientes hospitalisées avec leur enfant à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy sur le lit dévolu à l'accueil de ces dyades. Nous avons recueilli les données concernant les patientes prises en charge entre août 2001 et octobre 2010, soit n=35 patientes ce qui représente 67% de la population source. Les deux premières années de fonctionnement (1999-2001) nous ont semblées moins pertinentes à recueillir dans la mesure où la mise en place de cette unité a certainement entraîné un recrutement initial différent de celui « habituel », comme toutes les nouvelles structures.

Les critères d'inclusion des sujets pour notre étude sont :

- Une durée d'hospitalisation conjointe en psychiatrie d'au moins 5 jours en temps plein pour la mère et son enfant (sortie à J6)
- Un âge inférieur à 18 mois pour l'enfant hospitalisé avec sa mère

Pour notre travail de thèse, nous nous sommes principalement référée à l'étude recueillant les données de 869 dossiers « Marcé-mère » de femmes hospitalisées avec leur bébé, du groupe de recherche Unité Mère-Bébé – Société Marcé Francophone (UMB-SMF), entre

2001 à 2007 dans 13 UMB de France, coordonnées par N. Glangeaud-Freudenthal, chercheur au CNRS dans l'unité INSERM 953 (Glangeaud-Freudenthal et coll., 2009) (16).

Sont donc exclues de l'analyse, les admissions de moins de 5 jours, les admissions de jour c'est-à-dire à temps partiel, les hospitalisations non conjointes ou avec un enfant de plus de 18 mois. Un autre critère d'exclusion est l'inaccessibilité au dossier médical de la patiente.

4.3. Données recueillies

4.3.1. Modalités de recueil

Une grille de recueil de données a été réalisée pour les besoins de notre étude permettant de répertorier les différentes caractéristiques sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques des patientes dont nous avons étudié les dossiers (voir Annexe 1).

Les différentes données recueillies sont inspirées de celles utilisées dans d'autres études réalisées dans des unités mères-bébés de France, permettant ainsi un rapprochement plus aisé par la suite (5,16,24).

Certaines données ont été recueillies indépendamment des études préexistantes, ce recueil nous paraissant intéressant pour compléter notre étude et appréhender plus spécifiquement le travail effectué à la Clinique Intersectorielle du CPN.

Concernant les diagnostics cliniques, ils sont basés selon les diagnostics de la Classification Internationale des Maladies, dixième édition (C.I.M. 10) puisqu'il s'agit de la classification utilisée par le CPN mais également celle des autres études. Pour certains items, le diagnostic a été divisé en catégorie, leur répartition en sous-groupe étant inspirée d'études sur les UMB.

La liste des patientes hospitalisées conjointement avec leur enfant à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy a été fournie par le dit service. Les données ont été recueillies de manière rétrospective à partir de la lecture du dossier médical de chaque patiente étudiée. Nous avons recueilli, pour la période 2001-2010, les éléments issus :

- principalement pour la mère, du dossier informatique (utilisation du dossier CIMAISE) psychiatrique adulte mais également le dossier informatique de psychiatrie de liaison à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy lorsque la patiente avait bénéficié d'une consultation en prénatal ou en suites de couches,
- complété par les dossiers papiers archivés (aux archives du Centre Psychothérapique de Nancy)
- pour certaines dyades, un suivi a été débuté pour les enfants ce qui a permis de consulter également les dossiers informatiques pédopsychiatriques.

La saisie des données avec anonymisation a été faite dans le logiciel Microsoft Excel.

4.3.2. Description de la grille de recueil de données

Nous avons réparti chaque donnée qualitative examinée en différents sous-groupes afin de faciliter les analyses statistiques.

Des données sont relatives à la patiente elle-même notamment celles liées à son profil sociodémographique ainsi qu'à ses antécédents cliniques.

Concernant les données sociodémographiques de la mère, nous avons retenu :

- **L'âge** en années lors de son admission en hospitalisation ainsi que la tranche d'âge répartie en 3 catégories dans laquelle elle se trouve : <25 ans, entre 25 et 35 ans ou >35 ans
- **Le pays d'origine** : France ou autre
- **Le lieu de vie** réparti en département : 54, 55, 57, 88 ou autre (c'est-à-dire les départements n'appartenant pas à la région Lorraine)

- **La situation conjugale** lors de l'admission en hospitalisation: célibataire ou en couple
- **Le niveau d'études** réparti en 4 catégories : \leq BEP/CAP, niveau baccalauréat, jusqu'au BAC+2 ou $>$ BAC+2
- **L'activité professionnelle** lors de l'admission en hospitalisation : oui ou non (pour les mères admises pendant leur congé maternité, l'existence d'une activité professionnelle suspendue le temps de ce congé permet de coter oui)
- **Bénéficiaire de l'AAH ou d'une mesure de protection des biens:** oui ou non
- **La qualité de l'entourage familial** (incluant la famille et la belle-famille de la patiente) répartie en 3 catégories :
 - soutenance et proche géographiquement,
 - soutenance mais éloignée géographiquement,
 - non soutenance (du fait de relation conflictuelle notamment avec la mère de la patiente, de rejet de la famille, de disqualification, d'un abandon, du décès ou d'une absence de contact de longue date)
- **L'existence d'antécédents personnels de traumatismes dans l'enfance** de la mère:
 - antécédent de placement dans l'enfance : oui ou non
 - antécédent de maltraitance dans l'enfance (physique, psychologique, négligences en excluant les abus sexuels) : oui ou non
 - antécédent d'abus sexuels dans l'enfance : oui ou non
 - antécédent de vécus traumatiques dans l'enfance d'une autre nature que ceux cités ci-dessus : oui ou non
- **L'existence de placement ou de mesure éducative** pour la fratrie de l'enfant admis en hospitalisation avec sa mère : oui ou non

Concernant les données relatives aux antécédents cliniques de la patiente, nous nous pencherons sur :

- **La primiparité** : oui ou non
- **L'existence d'antécédent d'interruption volontaire de grossesse (IVG)** : oui ou non

- **L'existence d'antécédent de fausse-couche spontanée (FCS), d'interruption médicale de grossesse (IMG) ou de mort fœtale in utero (MFIU):** oui ou non
- **L'existence d'antécédent de mort subite du nourrisson (MSN) :** oui ou non
- **L'existence d'antécédent(s) somatique(s) :** oui ou non
- **L'existence d'antécédent(s) psychiatrique(s) :** oui ou non

↳ Si oui :

➤ **Le(s) type(s) de pathologie** ayant pu être posé à un moment de leur vie est (sont) classé(s) selon 9 catégories. Certaines patientes présentent un unique antécédent psychiatrique; pour d'autres, les antécédents peuvent être multiples.

- ✓ Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)
- ✓ Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)
- ✓ Troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)
- ✓ Troubles dépressifs (F32-F39)
- ✓ Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69)
- ✓ Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-F43)
- ✓ Troubles de l'alimentation (F50)
- ✓ Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)
- ✓ Autres

➤ **L'existence d'antécédent(s) d'hospitalisation en milieu psychiatrique :** oui ou non

➤ **L'existence d'antécédent(s) de suivi psychiatrique ou psychologique :** oui ou non

➤ **L'existence de prise de traitement psychotrope :** oui ou non

↳ Si oui, le(s) type(s) de traitement est (sont) classé(s) en 7 catégories. La prescription médicamenteuse peut comporter une ou plusieurs classes médicamenteuses.

- ✓ Traitement antidélirant
- ✓ Traitement antidépresseur

- ✓ Traitement thymorégulateur
- ✓ Traitement anxiolytique/sédatif
- ✓ Traitement hypnotique
- ✓ Traitement substitutif
- ✓ Autres

- **L'existence d'antécédents psychiatriques familiaux** : oui ou non

Les données relatives au père de l'enfant ont été très élaguées du fait d'un manque important d'informations retrouvées dans les dossiers des patientes. Nous avons décidé de retenir uniquement les informations le plus souvent recueillies :

- La **tranche d'âge** répartie en 3 catégories lors de l'admission de la patiente : <25 ans, entre 25 et 35 ans ou >35 ans
- **L'activité professionnelle** lors de l'admission de la dyade : oui ou non
- **L'existence d'antécédent(s) psychiatrique(s) personnel(s)**: oui ou non

D'autres données concernent le déroulement de la grossesse et de la naissance de l'enfant. À partir de l'anamnèse relevée dans les dossiers cliniques des patientes, différents facteurs, dont certains pouvant avoir une influence sur le déroulement de la grossesse, ont été recherchés.

- **Le sexe de l'enfant** : masculin ou féminin
- **L'existence de facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse.** Le terme de « facteurs de vulnérabilité » a été repris de l'étude menée par Durand et coll en 1994. Il s'agit de différents facteurs environnementaux pouvant infléchir le déroulement de la grossesse. Ces facteurs liés à des événements de vie ou liés à la grossesse elle-même peuvent ainsi avoir une influence sur la survenue d'une pathologie du post-partum sans déterminer de corrélation directe avec le type de pathologie.
 - La notion de **grossesse non programmée** (nous entendons par grossesse non programmée, une grossesse « accidentelle » énoncée explicitement par les mères sans prendre en compte la dynamique inconsciente des sujets) : oui ou non
 - L'existence de **séparation ou difficulté conjugale** : oui ou non

- L'existence de **difficultés sociales** (isolement social, difficultés financières, difficultés liées au logement...) : oui ou non
- Le **décès d'un parent** du premier degré ou considéré comme tenant une place de substitut parental auprès de la patiente, au cours de la grossesse ou dans l'année qui précède la conception : oui ou non
- L'existence de **maladie évolutive chez le conjoint** que ce soit d'ordre somatique ou psychiatrique lors de la grossesse ou en période post-natale: oui ou non
- L'**absence de soutien de la mère de la patiente** lors de cette grossesse et en période périnatale : oui ou non
- L'existence de **troubles psychiques lors de cette grossesse** soit objectivés par un professionnel et associés ou non à une prise en charge spécifique soit rapportés dans un deuxième temps lors de l'admission en hospitalisation conjointe: oui ou non
- L'existence de **pathologies obstétricales**, sources de préoccupation pour l'état de santé de la mère et/ou de l'enfant (comme les menaces d'accouchement prématuré, la survenue de diabète gestationnel, les vomissements gravidiques). Nous avons choisi d'y inclure également les femmes pour lesquelles une amniocentèse a été réalisée dans le sens où cet examen représente une source de stress au cours de la grossesse. Cet item est coté : oui ou non
- L'existence de **difficultés néonatales**, de séparation précoce mère-enfant (liée à une hospitalisation du nouveau-né en néonatalogie ou à une surveillance clinique de la mère) ou de préoccupation concernant la santé du nouveau-né : oui ou non
- La mise en place d'un **allaitement maternel** : oui ou non

La dernière partie du recueil de données concerne le séjour en hospitalisation conjointe mère-bébé. Nous avons choisi de la répartir en 3 sous-groupes : les données relatives aux modalités d'admission en hospitalisation, celles relatives aux modalités de prise en charge et enfin celles liées aux modalités de sortie d'hospitalisation.

Concernant les données relatives aux modalités d'admission, nous avons recueilli :

- **L'âge de l'enfant** en jours lors de l'hospitalisation de sa mère, cette dernière pouvant être hospitalisée seule dans un premier temps
- L'âge de l'enfant en jours lors de leur hospitalisation conjointe
- La tranche d'âge de l'enfant lors de l'hospitalisation de sa mère répartie selon 3 catégories : <8 semaines de vie, entre 8 et 14 semaines de vie ou >14 semaines de vie
- **L'origine de la demande** répartie en 6 items :
 - le secteur de psychiatrie/pédopsychiatrie (psychiatrie de liaison à la maternité, urgences psychiatriques, services d'hospitalisation de psychiatrie pour adultes, centres médico-psychologiques adultes et enfants),
 - les psychiatres libéraux,
 - les hôpitaux généraux (service d'obstétrique/suites de couches incluant les psychologues rattachés aux maternités, service de pédiatrie, urgences somatiques),
 - les médecins libéraux non psychiatres (médecins généralistes, pédiatres libéraux, obstétriciens libéraux),
 - les services sociaux / le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI) / les services judiciaires,
 - la famille
- **Le motif de la demande** réparti en 3 sous-groupes :
 - Pathologie maternelle répartie en 3 catégories :
 - premier épisode de décompensation psychique aiguë,
 - rechute en période post-natale d'une pathologie psychique chronique,
 - continuité du suivi entrepris en amont de l'hospitalisation conjointe chez une patiente présentant une pathologie psychique connue pouvant être chronique ou apparue pendant la période périnatale
 - Troubles liés à l'enfant
 - Dysfonctionnements interactionnels mère-bébé (non liés à une pathologie maternelle)

- **La réalisation d'une consultation de pré-admission** avant l'hospitalisation conjointe mère-bébé : oui ou non
- **L'existence d'objectif(s) d'hospitalisation défini(s)** : oui ou non
- **L'intégration à un réseau en amont** (suivi psychiatrique, PMI, service social, Aide Sociale à l'Enfance, service judiciaire...) lors de l'hospitalisation conjointe : oui ou non
- **Le diagnostic clinique posé** en 9 catégories. Le diagnostic que nous avons retenu est celui posé à l'entrée en hospitalisation conjointe puisque, pour la plupart des dossiers, il n'a pas été revu à la sortie d'hospitalisation. Le choix de notre classement exclut délibérément la partie F53 (Troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité). Cette cotation n'est pas utilisée par les professionnels ayant posé les diagnostics cliniques.
 - Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)
 - Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)
 - Troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)
 - Troubles dépressifs (F32-F39)
 - Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69)
 - Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-F43)
 - Troubles de l'alimentation (F50)
 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)
 - Autres

En ce qui concerne les données relatives à la prise en charge des dyades, nous avons recueilli :

- **La durée d'hospitalisation en jours pour la patiente**
- **La durée d'hospitalisation en jours pour l'enfant**
- **L'évaluation de l'état clinique de l'enfant** en 7 items coté oui ou non :
 - existence de trouble du développement psychomoteur,
 - existence de retrait visuel / contact visuel difficile,
 - existence de trouble du tonus (hypotonie ou hypertonie),
 - absence ou retard dans les vocalisations,
 - existence de trouble de l'alimentation,

- existence de trouble du sommeil,
- existence de troubles somatiques
- **L'intervention du secteur pédopsychiatrique** au cours de l'hospitalisation au sein de l'établissement ou par l'intermédiaire de réunions pluridisciplinaires : oui ou non
- **L'organisation de réunion(s) pluridisciplinaire(s)** : oui ou non
- **La prise en charge en psychomotricité** pour la mère et/ou la dyade: oui ou non
- **La participation aux ateliers thérapeutiques** pour la mère et/ou la dyade : oui ou non
- **L'intégration à la crèche hospitalière de l'enfant** : oui ou non

Enfin, nous avons recueilli les données relatives aux modalités de sortie :

- **L'évolution de la santé mentale de la mère à la sortie** : amélioration, stable ou aggravation
- **La poursuite du suivi psychiatrique** : oui ou non
 - ↳ Si oui, **le type de prise en charge** à la sortie : par le secteur de psychiatrie générale, par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, par un psychiatre libéral ou autre. Les prises en charge peuvent être multiples.
- **La prescription d'un traitement de sortie** : oui ou non
 - ↳ Si oui, **le(s) type(s) de traitement** réparti(s) en 7 catégories. Les prescriptions de sortie peuvent comporter une ou plusieurs classes médicamenteuses.
 - Traitement antidépressif
 - Traitement antidépresseur
 - Traitement thymorégulateur
 - Traitement anxiolytique/sédatif
 - Traitement hypnotique
 - Traitement substitutif
 - Autres
- **La rédaction d'une information préoccupante** au cours de l'hospitalisation : oui ou non
- **La sortie avec un placement de l'enfant** : oui ou non

- **La sortie avec une mise en place d'une mesure éducative** : oui ou non
- **L'existence de prises en charge pluridisciplinaires** à l'exception du suivi psychiatrique (Protection Maternelle et Infantile, Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale...) : oui ou non
- **Le mode de garde de l'enfant** à la sortie : par la mère, par une assistante maternelle, par une crèche ou autre. Il peut également être multiple.

4.4. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi-Info Version 3.5.3.

L'analyse statistique, l'interprétation et la présentation des résultats ont été réalisées avec l'aide de Madame le Docteur Lidiana Munerol, médecin de Santé Publique.

La première étape de cette analyse a consisté en une description globale de chacune des variables étudiées. Cette analyse descriptive des données recueillies se présente sous forme d'effectifs et de pourcentage pour les données qualitatives et, sauf exception, sous forme de moyenne et d'écart-type pour les données quantitatives.

5. Résultats

5.1. Échantillon

Nous avons recueilli les données de 31 dossiers de mères hospitalisées avec leur enfant sur 35 dossiers sélectionnés initialement.

Quatre dossiers n'ont pas pu être retenus du fait des critères d'inclusion que nous nous étions fixés :

- pour un dossier, l'enfant avait plus de 18 mois,
- pour trois dossiers, la durée d'hospitalisation était inférieure à 5 jours tant pour la mère que pour l'enfant. Il s'agissait d'hospitalisation de 1, 2 et 4 jours. Deux mères ont été transférées dans un service de psychiatrie pour adultes très rapidement à J1 et J2 de leur hospitalisation à la Clinique Intersectorielle. Elles présentaient, toutes les deux, une décompensation délirante aiguë, l'enfant a alors été confié à la grand-mère maternelle. Une mère avait été hospitalisée pour un trouble anxieux qui s'est rapidement amélioré permettant un séjour court et un retour de la dyade à domicile.

5.2. Résultats du recueil de données

Nos résultats sont présentés dans différents tableaux afin d'en faciliter la lisibilité. Nous avons dans un premier temps répertorié les données sociodémographiques et cliniques relatives à la mère et au père de l'enfant puis celles concernant le déroulement de la grossesse et de la période périnatale et enfin dans une dernière partie les éléments relatifs à l'hospitalisation dans le lit mère-bébé à la Clinique Intersectorielle du CPN (admission, prise en charge et sortie d'hospitalisation de la dyade mère-enfant).

5.2.1. Résultats concernant la mère

5.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Pour plus de clarté, nos résultats sont présentés dans les tableaux 1 et 2. Nous avons, par la suite, repris chaque item pour en détailler les constats.

| Données sociodémographiques concernant la patiente | N | Pourcentage |
|--|----|-------------|
| Tranche d'âge | | |
| <25 ans | 9 | 29% |
| entre 25 et 35 ans | 12 | 38,70% |
| >35 ans | 10 | 32,30% |
| Pays d'origine | | |
| France | 25 | 80,60% |
| Autre | 6 | 19,40% |
| Lieu de vie (département) | | |
| 54 | 24 | 77,40% |
| 57 | 1 | 3,20% |
| 55 | 0 | 0% |
| 88 | 5 | 16,20% |
| Autre | 1 | 3,20% |
| Situation conjugale | | |
| célibataire | 6 | 19,40% |
| En couple | 25 | 80,60% |
| Niveau d'études | | |
| ≤BEP/CAP | 12 | 38,70% |
| BAC | 2 | 6,50% |
| BAC+2 | 3 | 9,80% |
| >BAC+2 | 2 | 6,50% |
| non renseigné | 12 | 38,70% |
| Activité professionnelle | | |
| oui | 8 | 25,80% |
| non | 22 | 71% |
| non renseigné | 1 | 3,20% |
| AAH/Mesure de protection | | |
| oui | 4 | 12,90% |
| non | 27 | 87,10% |

Tableau 1 : Données sociodémographiques concernant la population hospitalisée

| Données sociodémographiques concernant la patiente (2) | N | Pourcentage |
|---|----|-------------|
| Qualité entourage familial | | |
| soutenant et proche | 7 | 22,60% |
| soutenant mais éloigné géogr | 4 | 12,90% |
| non soutenant | 16 | 51,60% |
| non renseigné | 4 | 12,9% |
| Atcd personnel de placement | | |
| oui | 5 | 16,10% |
| non | 25 | 80,70% |
| non renseigné | 1 | 3,20% |
| Atcd personnel de maltraitance | | |
| oui | 10 | 32,30% |
| non | 9 | 29% |
| non renseigné | 12 | 38,70% |
| Atcd personnel d'abus sexuels | | |
| oui | 8 | 25,80% |
| non | 5 | 16,10% |
| non renseigné | 18 | 58,10% |
| Atcd personnel d'autres traumatismes | | |
| oui | 10 | 32,3% |
| non | 0 | 0% |
| non renseigné | 21 | 67,7% |
| Placement/mesure éducative des aînés de la fratrie | | |
| oui | 3 | 23,10% |
| non | 9 | 69,20% |
| non renseigné | 1 | 7,70% |

Tableau 2 : Données sociodémographiques concernant la population hospitalisée

1. L'âge de la patiente

L'âge moyen des femmes lors de leur hospitalisation est de **29 ans et demi**, avec un écart-type de 6.7. Les âges extrêmes sont respectivement de **18 ans et 40 ans**.

Le graphique ci-dessous représente la répartition par tranche d'âge des 31 patientes ayant été hospitalisées dans le lit mère-bébé à la Clinique Intersectorielle du CPN.

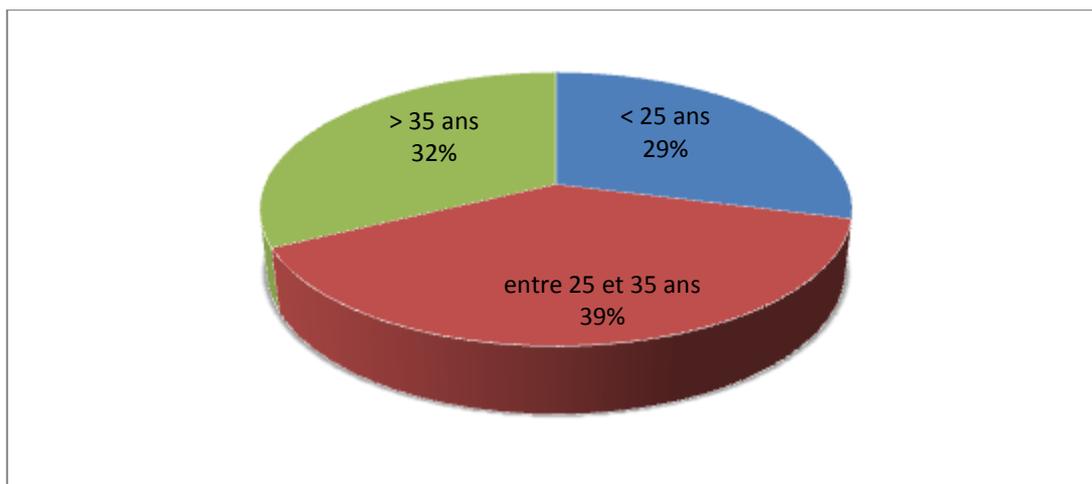


Figure 2 : Répartition selon les tranches d'âge

2. Le pays d'origine, le déracinement

Environ 80% des patientes sont nées en France métropolitaine contre **20% nées à l'étranger**.

On note dans cette deuxième population : une femme d'origine marocaine, une d'origine italienne, une d'origine chinoise (en France depuis 5 ans), deux d'origine algérienne dont une qui vivait en France depuis 16 mois lors de son hospitalisation et enfin une femme d'origine turque (en France depuis 2 ans).

Par extension, si nous nous penchons sur le déracinement d'une manière plus globale, nous notons également **deux femmes qui prévoyaient de déménager** peu après leur sortie d'hospitalisation dans une autre région française afin de suivre leur mari dans leur activité professionnelle. **Deux autres mères avaient récemment déménagé** afin de s'installer en Centre Maternel, restant cependant dans la même région.

3. Le lieu de vie

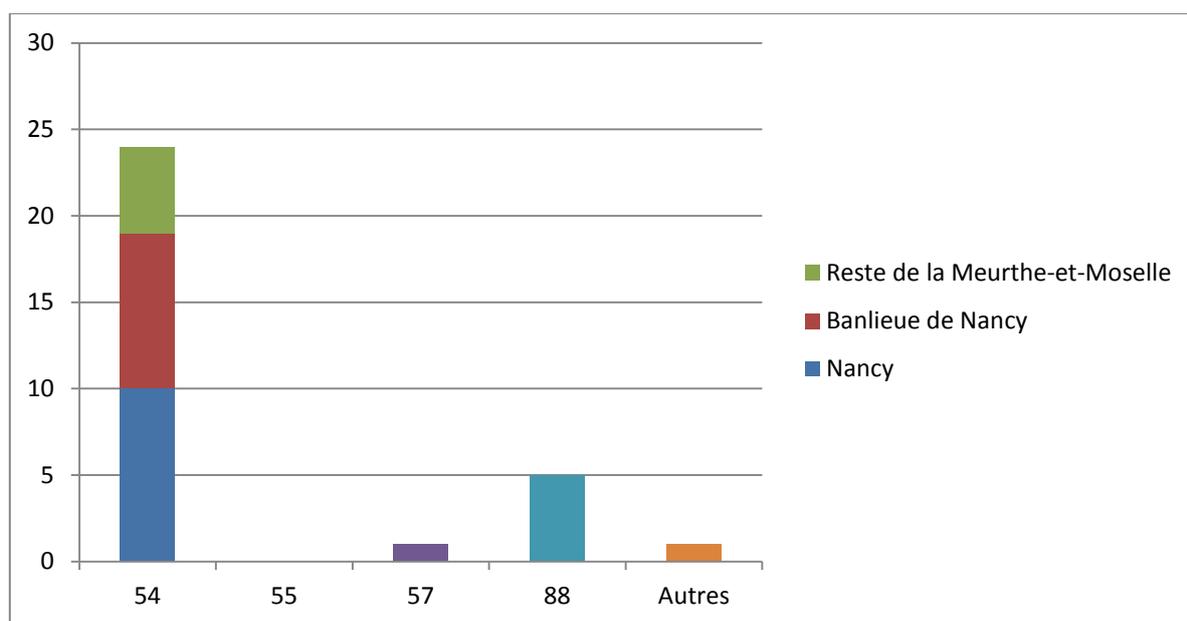


Figure 3 : Lieux de vie classés en département en fonction du nombre de patientes

77% (n=24) des femmes **habitent en Meurthe-et-Moselle** : dix mères (soit **32%** de la population totale) **vivent à Nancy** même et neuf (soit **29%**) habitent dans les communes appartenant à la Communauté Urbaine du **Grand Nancy** (Annexe 2).

Quatre des femmes vivant à Nancy sont domiciliées en centre maternel.

Une patiente habite à Metz.

Cinq femmes (soit 16%) viennent des Vosges dont une a accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy (du fait de pathologie somatique maternelle).

Aucune patiente habitant en Meuse n'a été hospitalisée sur le lit mère-bébé à la Clinique Intersectorielle du CPN.

Une femme vient du département de Haute-Saône, limitrophe du département des Vosges où elle a accouché. Vue en consultation par le psychiatre de liaison à la Maternité de Remiremont, elle a été par la suite adressée à la Clinique Intersectorielle.

4. La situation conjugale

Environ **une femme sur cinq** (n=6) est **célibataire**.

Les 25 autres (soit **81%**) **vivent en couple** : 42% sont mariées, 39% vivent en concubinage.

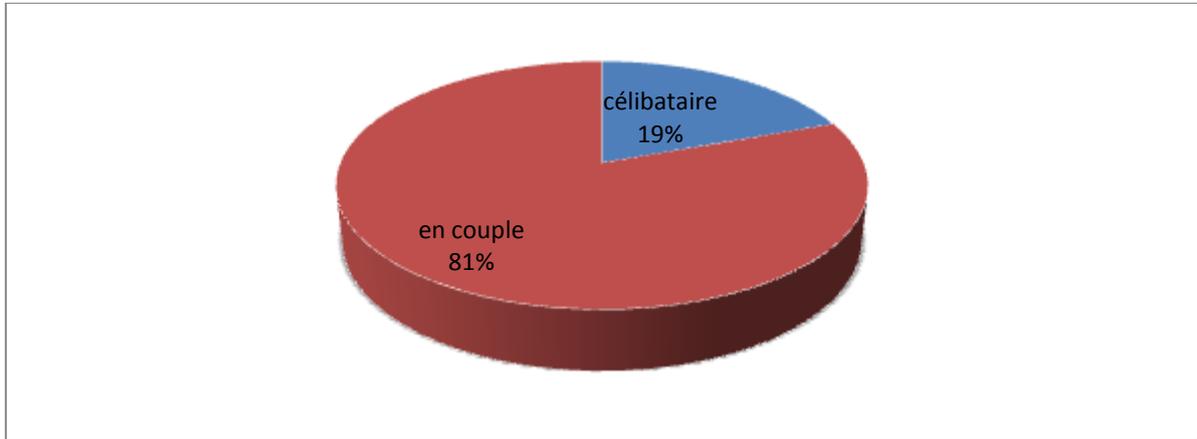


Figure 4 : Situation conjugale

Au sein des six patientes vivant seules, toutes entretenaient une relation de couple qui a pris fin pendant la grossesse, il s'agissait pour la plupart de relations entretenues depuis peu de temps. Quatre d'entre elles ont rapporté des violences conjugales subies avant la séparation, trois de ces quatre patientes vivent au moment de l'hospitalisation en centre maternel.

Deux tiers des femmes célibataires ont moins de 25 ans.

Pour une des patientes célibataires, nous notons la présence du père de l'enfant auprès de la dyade. Pour les autres, les dossiers n'en font peu ou pas référence car ils sont perdus de vue.

5. Le niveau d'études

L'histogramme suivant expose les données relatives au niveau d'études des patientes hospitalisées.

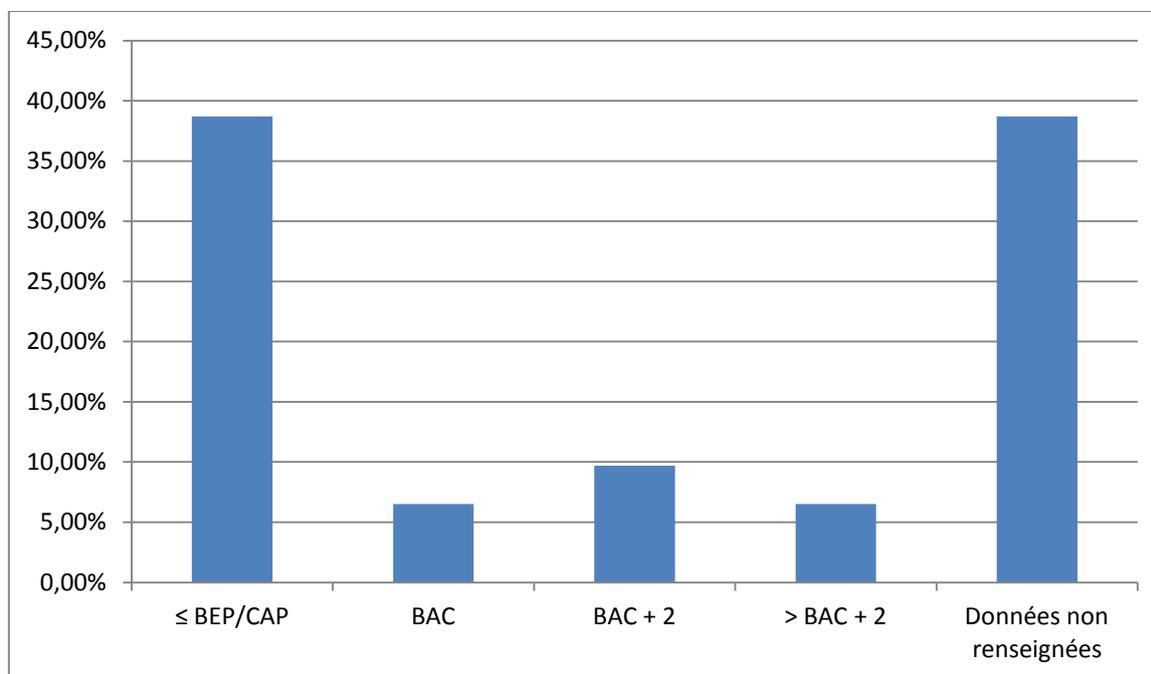


Figure 5 : Répartition selon le niveau d'études

Dans notre étude, un nombre assez conséquent de dossiers ne permettait pas de renseigner cette information (12 dossiers sur 31). De nouveaux pourcentages ont été calculés sur la base de l'ensemble des dossiers ayant permis de recueillir l'information soit 19 dossiers. Il en est sorti que **63,2%** des patientes avaient un **niveau d'études inférieur ou égal au BEP/CAP**, **36,8%** avaient le **niveau baccalauréat ou plus** dont 26,3% ont poursuivi une formation après son obtention (15,8% de notre population ont un niveau jusque BAC+2, 10,5% ont plus qu'un BAC+2).

6. L'activité professionnelle

26% des patientes (n=8) ont une **activité professionnelle** lors de leur admission en hospitalisation. Il n'était pas précisé dans les dossiers des patientes sans profession si elles recherchaient un emploi au vue d'une reprise d'activité.

Pour un dossier, les renseignements ne sont pas mentionnés.

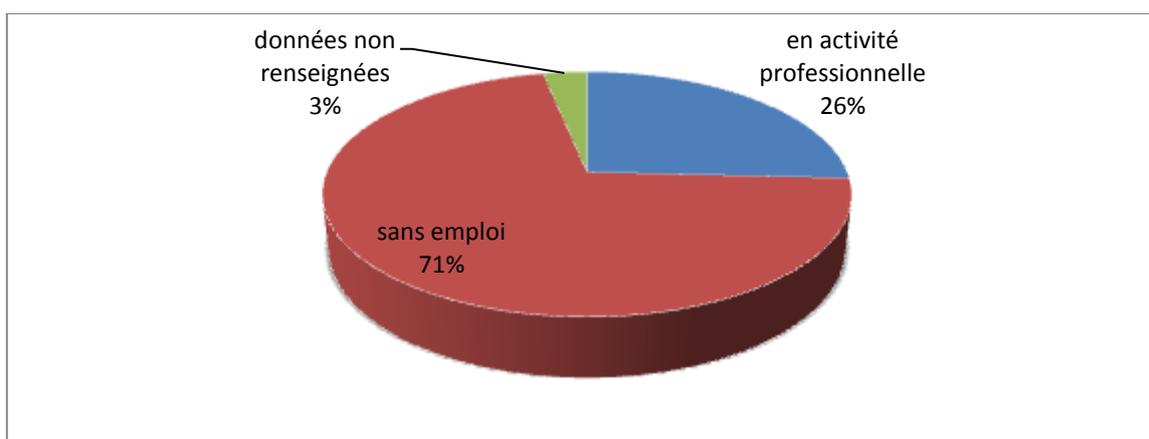


Figure 6 : Statut professionnel

Sur les 8 femmes en activité, la moitié d'entre elles (n=4) a plus de 35 ans. Seule une est célibataire.

Si l'on s'intéresse à la fois aux statuts conjugal et professionnel : **72% des femmes vivant en couple sont sans emploi contre 80% des femmes célibataires.**

7. L'existence d'une mesure de protection des biens ou l'obtention d'une allocation pour adulte handicapé

7.5% de la population (n=2) bénéficie d'une mesure de protection des biens type curatelle. Deux autres patientes bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé.

8. La qualité de l'entourage familial

Dans la moitié des cas, l'entourage familial a été qualifié de **non soutenant** pour d'autres raisons que la distance géographique. Cela peut être lié à des conflits, des disqualifications, un rejet ou un abandon de la famille, une absence de contact de longue date.

Dans 13% des cas, la famille se trouve éloignée géographiquement ne pouvant pas apporter une présence physique soutenant pour la mère et son enfant.

Seulement une patiente sur cinq peut compter sur le soutien de ses proches.

9. Les antécédents personnels de traumatisme

Les antécédents traumatiques dans l'enfance des femmes hospitalisées conjointement avec leur enfant sont **très souvent décrits**. Ils représentent **environ deux tiers de ces femmes, tout traumatisme confondu**.

Nous les avons classés en sous-types :

- placement dans l'enfance
- maltraitance physique, psychologique et/ou négligences
- abus sexuels intra et/ou extrafamiliaux
- séparations ou expériences de vie vécus comme traumatisantes.

- Les antécédents personnels de traumatismes liés au placement de la patiente :

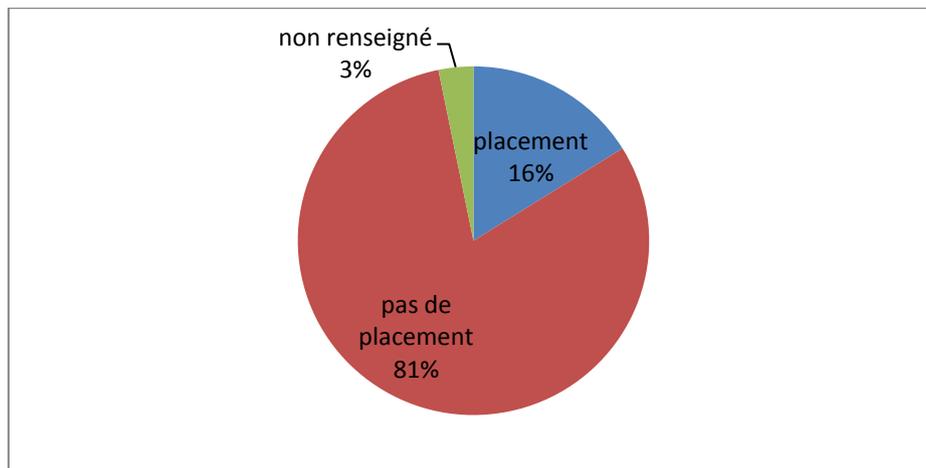


Figure 7 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels de placement dans l'enfance

Pour cinq patientes (**16.1%**), il existe un antécédent personnel de placement : une a été confiée à son oncle et sa tante maternels à quelques mois de vie à l'initiative de sa mère, elle aurait par la suite été adoptée par ces derniers, deux ont été accueillies par une famille d'accueil (l'une suite à des révélations d'abus sexuels de la part de son père et maltraitance physique subie par son beau-père, l'autre vers l'âge de 6 ans pour maltraitance physique et négligences), une a grandi en foyer à partir de ses 12 ans (le placement a été décidé suite à des carences affectives et éducatives), la dernière a vécu en partie en foyer et en famille d'accueil.

Trois des cinq patientes ont moins de 25 ans lors de leur admission en hospitalisation.

La lecture d'un dossier n'a pas permis de recueillir cette information.

- Les antécédents personnels de traumatismes liés à des maltraitements physiques, psychologiques et/ou à des négligences :

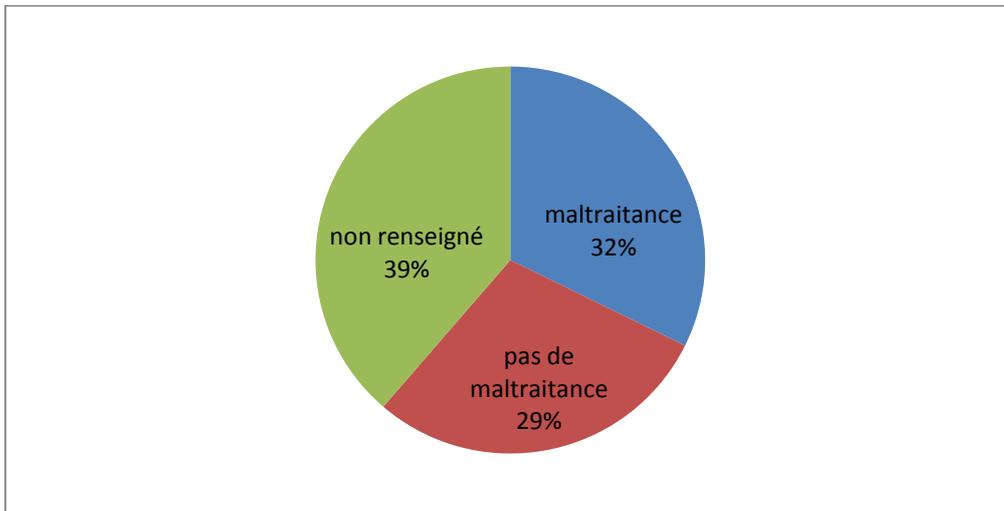


Figure 8 : Répartition des patientes selon les antécédents personnels de maltraitance dans l'enfance

Pour neuf patientes, il n'a pas été retrouvé d'antécédent de maltraitance.

Dix d'entre elles (**32.3%**) présentent des **antécédents de maltraitance** : les renseignements recueillis dans les dossiers font le plus fréquemment référence à des violences physiques, principalement infligées par le père de famille (retrouvées dans 9 dossiers) et à des carences affectives et éducatives (retrouvées dans 4 dossiers).

Ces informations n'ont pas été précisées dans les dossiers pour douze des patientes (38.7%).

- Les antécédents de traumatismes liés aux abus sexuels :

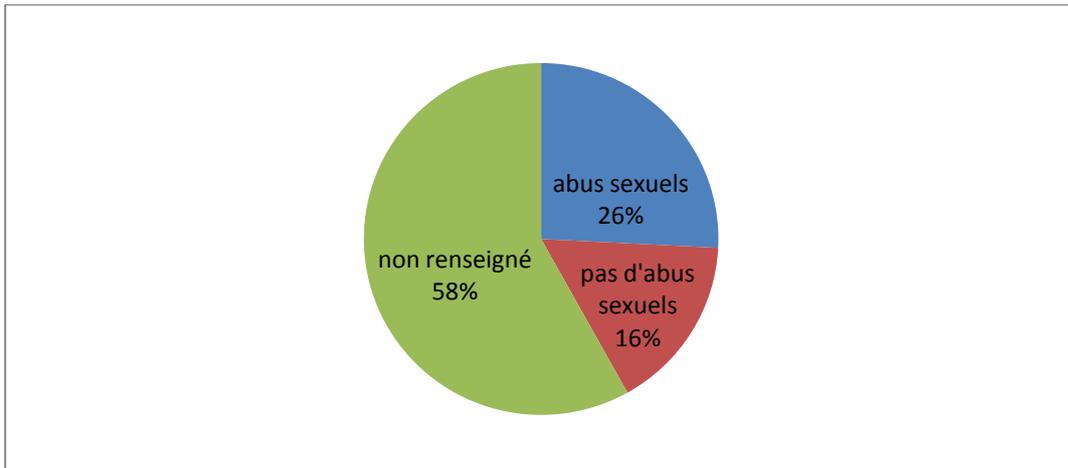


Figure 9 : Répartition des patientes selon les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance

Il semblerait que pour cinq dossiers, il n'y ait pas eu d'abus sexuel dans l'enfance.

Pour huit patientes (**25.8%**), il a été retrouvé des **révélations d'abus sexuels**. Il n'a pas été possible de déterminer avec précision l'agresseur à la lecture des dossiers.

Pour dix-huit dossiers soit 58.1% de la population, la lecture du dossier n'a pas permis de préciser l'existence ou non d'antécédent d'abus sexuels.

- Les antécédents d'expériences potentiellement traumatiques :

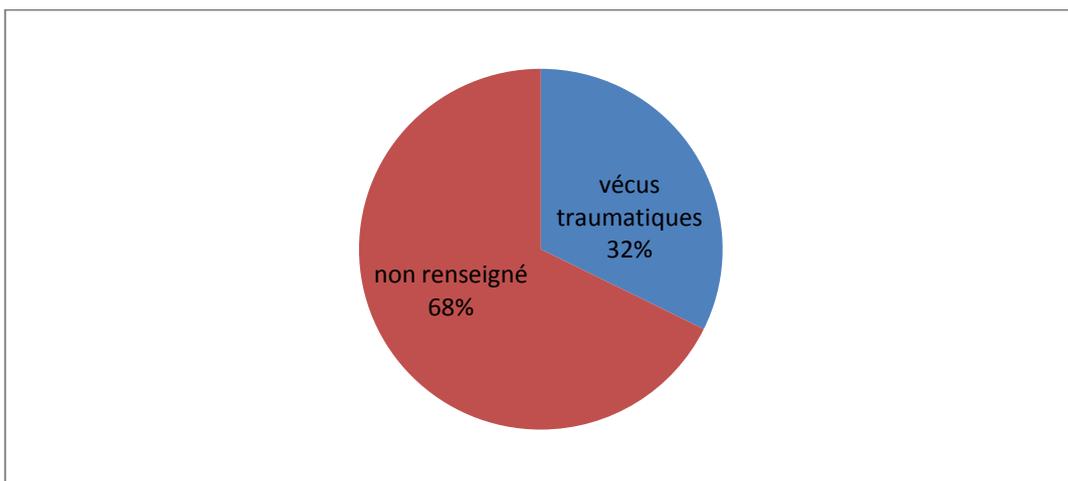


Figure 10 : Répartition des patientes selon les antécédents d'expériences traumatiques

Dix dossiers (32%) retrouvent des **événements de vie potentiellement traumatisants** qui ne sont pas des maltraitances physiques, psychiques, de négligences ou d'abus sexuels mais qui sont liés à des ruptures durant l'enfance ou à des expériences de séparation. Les données des 21 dossiers restants (soit 68% de la population) ont été classées dans la catégorie « non renseigné » laissant ainsi le doute d'événements traumatiques non évoqués ou retranscrits.

Nous relevons parmi ceux-ci :

- deux séparations précoces mère-enfant : une patiente est née prématurément et est restée hospitalisée en néonatalogie plusieurs semaines, une autre a été séparée à l'âge de 1 an de sa mère qui a été hospitalisée 3 mois pour des raisons psychiatriques
- une errance géographique pour une des patientes avec une moyenne de 3 à 4 déménagements par an (son père travaillait dans les travaux publics qui nécessitaient de nombreux déplacements)
- un abandon de la mère pour trois patientes (2 ont été élevées par la famille proche, une autre par le père)
- un abandon du père pour une patiente
- deux décès brutaux d'un des parents : pour un dossier il s'agit du décès de la mère de la patiente par homicide lorsque la patiente avait environ l'âge de 7 ans, pour une autre de son père par accident de la voie publique alors qu'elle avait 9 ans
- un vécu incestueux de la part d'une patiente (propos et insinuations répétés de son père, sans qu'il y ait eu d'abus sexuels à priori).

Ces traumatismes sont pour la plupart des expériences de séparation des figures parentales plus ou moins violentes.

→ **Afin de tenter de synthétiser ces dernières données**, nous avons totalisé, pour chacune des femmes de notre étude, les différentes formes de traumatismes personnels vécues dans leur enfance dans le graphique ci-dessous.

Pour certains dossiers, l'existence de traumatismes n'a pas toujours été retranscrite. Il n'a donc pas été possible de différencier les femmes qui n'en avaient pas subi et celles pour

lesquelles ils n'avaient pas été recherchés. C'est pourquoi, nous avons choisi le symbole « supérieur ou égale à » qui laisse un doute sur un nombre plus important de traumatismes. La colonne « dossiers non renseignés » regroupe, quant à elle, les dossiers pour lesquels au moins un item dans les différents traumatismes était coté « donnée non renseignée » et les autres items coté « non ».

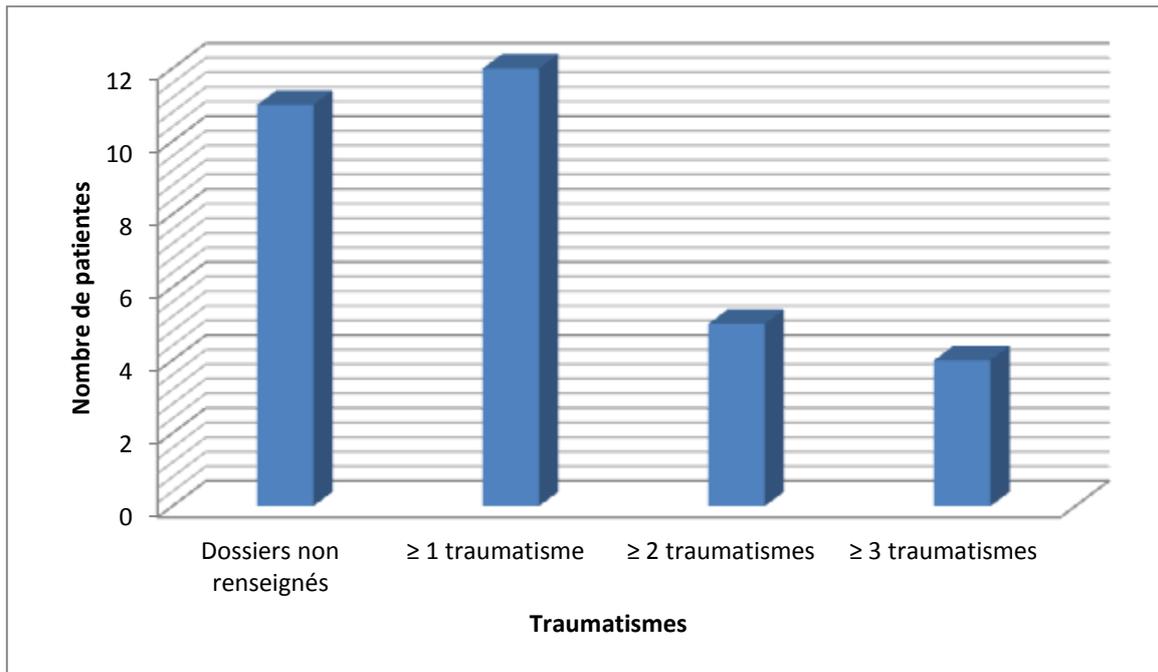


Figure 11 : Énumération du nombre de traumatismes retrouvés par chaque patiente

Ce graphique met en évidence qu'environ deux tiers des patientes ont vécu dans leur enfance au moins un traumatisme quel qu'en soit la nature.

Onze dossiers (35% de notre population) n'en font pas mention.

10. Les antécédents de placement ou de mesure éducative pour la fratrie de l'enfant hospitalisé conjointement avec sa mère

Nous retrouvons dans 13 dossiers l'existence de fratrie pour l'enfant qui sera admis dans le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé, issue du couple, de la mère ou du père de l'enfant.

Dans 70% des cas, il n'y a pas d'antécédents de placement ou de mesures éducatives appliquées à l'enfant récemment né ou à ses aînés.

Pour 3 des situations soit **23% des cas**, nous avons retrouvé des antécédents de placement d'enfants : pour une patiente, il s'agissait des enfants de son conjoint actuel ; pour une autre, mère de trois enfants, elle venait de récupérer la garde de son fils aîné qui avait été placé ponctuellement en foyer ; pour la troisième patiente, son fils aîné était placé depuis une année en foyer du fait de négligences.

Pour 2 dossiers, l'information n'a pas pu être retrouvée.

5.2.1.2. Caractéristiques cliniques de la patiente

| Données cliniques concernant la patiente | | N | Pourcentage |
|---|---|----|-------------|
| Atcd obstétricaux: | Primiparité oui | 19 | 61,30% |
| | non | 12 | 38,70% |
| Atcd d'IVG | oui | 5 | 16,10% |
| | non | 14 | 45,20% |
| | Non renseigné | 12 | 38,70% |
| Atcd de FCS/IMG | oui | 6 | 19,40% |
| | non | 13 | 41,90% |
| | Non renseigné | 12 | 38,70% |
| Atcd de MSN | oui | 1 | 3,20% |
| | non | 30 | 96,80% |
| Atcd somatiques: | oui | 11 | 35,50% |
| | non | 12 | 38,70% |
| | Non renseigné | 8 | 25,8 |
| Atcd psychiatriques: | oui | 24 | 77,40% |
| | non | 7 | 22,60% |
| Si oui : | Type(s) de pathologie psychiatrique | | |
| | Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-22 et F28-29) | 1 | 3,20% |
| | Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) | 2 | 6,40% |
| | Troubles maniaques et bipolaires (F30-31) et schizoaffectifs (F25) | 1 | 3,20% |
| | Troubles dépressifs (F32-39) | 12 | 38,70% |
| | Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69) | 3 | 9,70% |
| | Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-43) | 4 | 12,90% |
| | Troubles de l'alimentation (F50) | 2 | 6,40% |
| | Tb mentaux/comp liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-19) | 5 | 16,10% |
| | Autres | 9 | 29% |
| Atcd d'hospitalisation en milieu psychiatrique | oui | 16 | 66,70% |
| | non | 8 | 33,30% |
| Atcd de suivi psychiatrique/psychologique | oui | 23 | 95,80% |
| | non | 1 | 4,20% |
| Atcd de prise de traitement psychotrope | oui | 20 | 83,30% |
| | non | 0 | 0% |
| | Non renseigné | 4 | 16,70% |
| si oui, type(s) de traitement | Traitement antidélicant | 5 | 16,10% |
| | Traitement antidépresseur | 12 | 38,70% |
| | Traitement thymorégulateur | 3 | 9,70% |
| | Traitement anxiolytique/sédatif | 9 | 29% |
| | Traitement hypnotique | 3 | 9,70% |
| | Traitement substitutif | 1 | 3,20% |
| | Autres | 1 | 3,20% |
| | Non renseigné | 3 | 9,70% |
| Antécédents psychiatriques familiaux : | oui | 19 | 61,30% |
| | non | 3 | 9,70% |
| | non renseigné | 9 | 29% |

Tableau 3 : Données cliniques concernant les mères hospitalisées

1. Les antécédents obstétricaux

61% des femmes hospitalisées conjointement avec leur enfant sont **primipares**.

19.4% ont été hospitalisées à l'occasion du deuxième accouchement, autant pour des accouchements ultérieurs.

Nous avons tenté de préciser les antécédents d'avortements spontanés ou d'interruptions volontaires de grossesse. Nous avons ainsi retrouvé 5 cas d'antécédent d'IVG (12 dossiers n'étaient pas renseignés) et pour 5 autres mères des antécédents de fausses-couches spontanées (une mère a fait deux FCS, une autre a également un antécédent de grossesse molaire).

Une patiente a subi une interruption médicale de grossesse du fait d'une trisomie 18 et il a également été retrouvé chez cette même mère un antécédent de mort subite du nourrisson dans l'année qui a précédé la grossesse ayant conduit à l'hospitalisation conjointe.

Une mère a perdu son premier enfant à 3 jours de vie des suites d'une grande prématurité deux années plus tôt.

2. Les antécédents somatiques

Environ un tiers des patientes présente des antécédents somatiques de degré de gravité variable. Pour 3 d'entre elles, le trouble somatique a des conséquences en termes de handicap, de lourdeur de prise en charge et/ou de transmission génétique : une patiente souffrait de sclérose en plaque, une autre d'un syndrome de Di Georges, une dernière était atteinte de malformation tubulaire rénale liée au chromosome X découverte au cours de la grossesse.

3. Les antécédents psychiatriques

Plus de 3 patientes sur 4 présentent des **antécédents psychiatriques personnels**, que ce soit à un moment indépendant d'une maternité ou au décours d'une grossesse précédente pour les multipares.

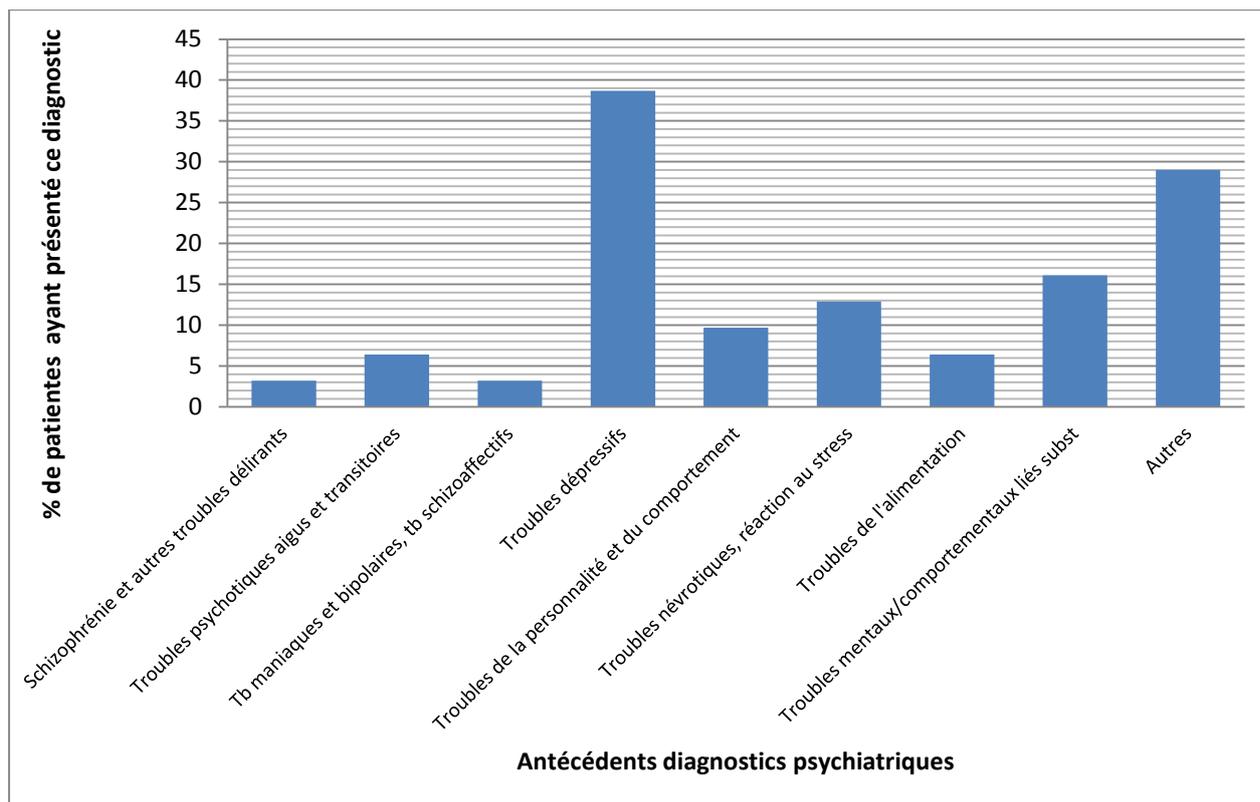


Figure 12 : Répartition des antécédents diagnostics psychiatriques

39% (n=12) des patientes avaient présenté des troubles dépressifs faisant suite ou non au post-partum. Chez 16% d'entre elles (n=5), il a été retrouvé des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. 13% (n=4) avaient présenté des troubles névrotiques au sens large. Pour une patiente, le diagnostic de schizophrénie avait été posé, une autre avait présenté un épisode maniaque. Deux femmes avaient été hospitalisées suite à une bouffée délirante aiguë. Pour deux patientes, le diagnostic de troubles du comportement alimentaire a été retrouvé (pour une, les troubles se sont limités a priori à l'adolescence, pour l'autre, les troubles sont encore présents). Pour 10% des femmes (n=3), des troubles de la personnalité ont été mentionnés dans les dossiers sans plus de précision.

Dans la rubrique « Autres » qui correspond à dix dossiers, nous avons répertorié les antécédents de tentatives de suicide : essentiellement des intoxications médicamenteuses volontaires mais également pour une situation une ingestion de produits ménagers, pour une autre une défenestration.

Nous intéressant aux liens entre parité et antécédents psychiatriques personnels, nous avons retrouvé **63% de primipares présentant des antécédents de troubles psychiatriques contre 92% des multipares.**

Parmi les **primipares**, soit 19 femmes sur 31, 12 présentent des antécédents psychiatriques (soit 63% des primipares), 4 n'en ont pas, 2 dossiers ne sont pas renseignés. **Tous les types de pathologies psychiatriques** que nous avons définies dans notre étude sont retrouvés. Nous pouvons cependant noter qu'un quart d'entre elles ont présenté des troubles dépressifs, un autre quart a déjà eu un geste auto-agressif.

Parmi les **multipares** hospitalisées, soit 12 patientes sur 31, seule une mère ne présente aucun antécédent psychiatrique que ce soit lors de naissances antérieures ou indépendant des maternités. **La moitié (n=6) a présenté des troubles psychiatriques lors de la ou des grossesses précédentes.** Pour 5 de ces 6 patientes, il a été possible d'affirmer qu'elles ont souffert de dépression du post-partum.

Parmi les femmes qui ont présenté des troubles d'ordre psychiatrique, deux tiers ont du être hospitalisés en milieu psychiatrique ce qui peut témoigner de la sévérité des troubles. Quasiment toutes ont eu ou ont encore au moment de leur admission un suivi auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue.

83% ont reçu un traitement psychotrope. Pour les 17% restants, les dossiers n'étaient pas renseignés. Il s'agissait essentiellement de traitement antidépresseur (38,7%) et de traitement anxiolytique ou sédatif (29%). 26% des femmes avaient reçu un traitement antidélicirant ou thymorégulateur.

4. Les antécédents psychiatriques familiaux

Dans **près de deux tiers des cas** (soit 19 dossiers sur 31), nous retrouvons des antécédents psychiatriques familiaux. Pour neuf dossiers, soit 29% des cas, les renseignements n'ont pas été retrouvés.

Parmi les dossiers pour lesquels un antécédent psychiatrique familial a été répertorié, seul un dossier ne concerne pas un membre de la famille lié au premier degré avec la patiente. La moitié concerne les parents, principalement pour des troubles dépressifs et schizophréniques associés fréquemment à des gestes suicidaires aboutis ou non.

5.2.2. Résultats concernant le père de l'enfant

Une description précise n'est pas pertinente en raison du nombre important de données non renseignées. Il avait été initialement tenté de recueillir différentes données sociodémographiques et cliniques chez le père de l'enfant permettant d'avoir une image du contexte environnemental dans lequel évoluent la mère et son enfant. Nous avons décidé finalement de maintenir les données telles que la tranche d'âge, l'activité professionnelle, les antécédents psychiatriques personnels, données qui, à la fois, ont pu être recueillies pour un certain nombre de dossiers et qui nous paraissaient important d'étudier.

Sur les trente et un pères, cinq sont perdus de vue. Pour deux d'entre eux, il n'a pas été possible d'obtenir la moindre information.

Le tableau suivant retrace les données recueillies concernant le père de l'enfant :

| Données sociodémographiques & cliniques concernant le père de l'enfant | N | Pourcentages avec les NR | Pourcentages sans les NR |
|--|----|--------------------------|--------------------------|
| Tranche d'âge (n=29) | | | |
| < 25 ans | 2 | 6,90% | 10% |
| entre 25 et 35 ans | 10 | 34,50% | 50% |
| >35 ans | 8 | 27,60% | 40% |
| non renseigné | 9 | 31% | |
| Activité professionnelle (n=29) | | | |
| oui | 20 | 69% | 80% |
| non | 5 | 17,20% | 20% |
| non renseigné | 4 | 13,80% | |
| Atcd psychiatriques (n=29) | | | |
| oui | 11 | 38% | 84,6% |
| non | 2 | 6,90% | 15,4% |
| non renseigné | 16 | 55,10% | |

Tableau 4 : Données sociodémographiques et antécédents psychiatriques chez le père de l'enfant

1. Tranche d'âge du père de l'enfant

Le graphique ci-dessous représente la répartition par tranche d'âge chez les pères des enfants hospitalisés avec leur mère.

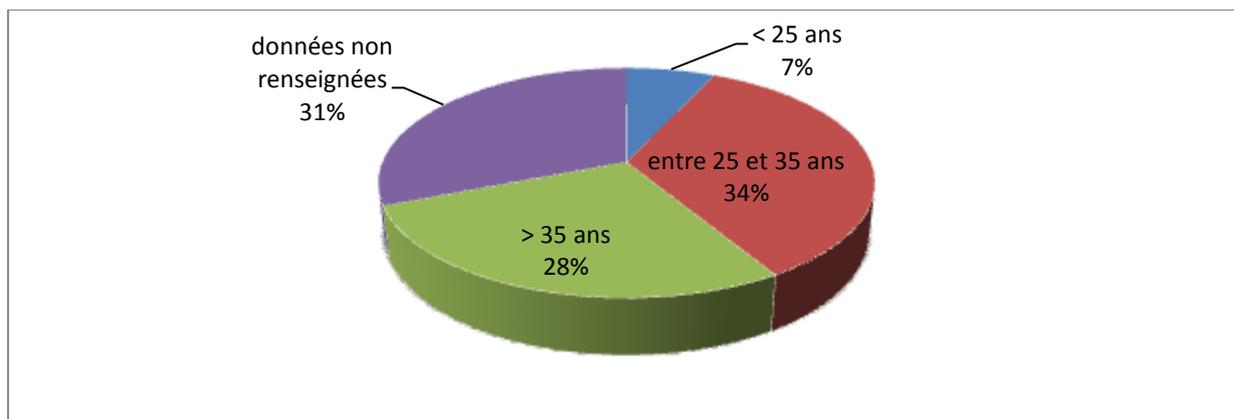


Figure 13 : Répartition par tranche d'âge chez le père de l'enfant

Neuf dossiers n'ont pu être renseignés sur cet item.

Un tiers des pères (n=10) a un âge compris entre 25 et 35 ans, 27,6% (n=8) ont plus de 35 ans. Une minorité des pères (n=2) a moins de 25 ans.

2. L'activité professionnelle

69% (soit 20 pères) ont une activité professionnelle contre 17,2% (n=5) qui n'ont en pas. Dans quatre dossiers, ces renseignements n'étaient pas mentionnés.

3. Les antécédents psychiatriques personnels du père

Plus de la moitié des dossiers (n=16) n'était pas renseignée.

Pour deux pères, il a été possible d'affirmer l'absence de problèmes présents ou passés de santé mentale connus.

Onze pères (soit environ un tiers) présentent des antécédents psychiatriques : pour deux d'entre eux, les dossiers n'ont pas permis d'en caractériser les troubles, quatre présentaient des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (dont au moins trois liés à l'alcool), un avait des antécédents de syndrome dépressif, deux des antécédents de tentative de suicide (intoxication médicamenteuse volontaire et pendaison dans l'adolescence), un souffrait de trouble schizophrénique et avait nécessité d'être hospitalisé, enfin, un présentait un trouble anxieux.

5.2.3. Résultats concernant le déroulement de la grossesse et la naissance de l'enfant

| Données concernant la grossesse et la naissance de l'enfant | | N | Pourcentage |
|---|---------------|----|-------------|
| Sexe de l'enfant | masculin | 13 | 41,90% |
| | féminin | 18 | 58,10% |
| Grossesse non programmée | oui | 6 | 19,40% |
| | non | 15 | 48,30% |
| | non renseigné | 10 | 32,30% |
| Séparation/difficulté conjugale | oui | 8 | 25,80% |
| | non | 18 | 58,10% |
| | non renseigné | 5 | 16,10% |
| Difficultés sociales | oui | 12 | 38,70% |
| | non | 8 | 25,80% |
| | non renseigné | 11 | 35,50% |
| Perte d'un parent au cours de la grossesse | oui | 2 | 6,50% |
| | non | 20 | 64,50% |
| | non renseigné | 9 | 29% |
| Maladie chez le conjoint | oui | 3 | 9,70% |
| | non | 18 | 58% |
| | non renseigné | 10 | 32,30% |
| Absence de soutien de la mère de la patiente | oui | 20 | 64,50% |
| | non | 8 | 25,80% |
| | non renseigné | 3 | 9,70% |
| Troubles psychiques durant la grossesse | oui | 20 | 64,50% |
| | non | 5 | 16,10% |
| | non renseigné | 6 | 19,40% |
| Pathologies obstétricales | oui | 13 | 41,90% |
| | non | 10 | 32,30% |
| | non renseigné | 8 | 25,80% |
| Difficultés néonatales | oui | 10 | 32,30% |
| | non | 10 | 32,30% |
| | non renseigné | 11 | 35,40% |
| Allaitement maternel | oui | 10 | 32,30% |
| | non | 14 | 45,20% |
| | non renseigné | 7 | 22,50% |

Tableau 5 : Données concernant le déroulement de la grossesse et de la naissance de l'enfant hospitalisé avec sa mère

1. Sexe de l'enfant

Les bébés hospitalisés sont **majoritairement de sexe féminin** avec un ratio de **3 filles pour 2 garçons**.

2. Facteurs de vulnérabilité retrouvés lors de la grossesse

Les différents facteurs dits de vulnérabilité qui peuvent précipiter l'émergence de troubles psychiques pendant la grossesse et/ou au cours du post-partum ont été mis en évidence fréquemment dans les dossiers des patientes.

Nous retrouvons dans ces facteurs de vulnérabilité, une grossesse qui ne serait pas programmée, une séparation ou des difficultés conjugales, un isolement social et plus largement des difficultés sociales, la perte d'un parent au cours de la grossesse (du premier degré ou équivalent de substitut parental), une maladie somatique ou psychique évolutive chez le conjoint et les pathologies obstétricales anténatales. De nature très différente, ces facteurs se cumulent assez souvent.

- Grossesse non programmée

Nous notons que pour **une femme sur cinq** la grossesse n'était pas planifiée. Dix dossiers cependant ne sont pas renseignés.

- Séparation/difficulté conjugale

Dans **un quart des cas**, il est noté une séparation conjugale ou des difficultés au sein du couple telles que des séparations itératives ou de la violence conjugale.

- Difficultés sociales

Les difficultés sociales peuvent être liées à un isolement social, de difficultés financières ou de logement. Elles sont présentes dans **plus d'un tiers des cas**.

- Perte d'un parent

Pour **deux patientes (6,5%)**, nous constatons qu'il y a eu une notion de deuil dans l'année qui a précédé la grossesse. Il s'agissait d'une grand-mère maternelle qui avait élevé la patiente jusqu'à ses 6 ans et d'un enfant (premier né) décédé de mort subite du nourrisson à 12 jours de vie.

- Maladie du conjoint évoluant pendant la grossesse

Dans trois situations, le conjoint des patientes souffrent de **troubles psychiatriques** : un présente un syndrome anxio-dépressif, un autre est suivi pour une schizophrénie, les troubles du troisième n'ont pas pu être précisés.

- Absence de soutien de la mère de la patiente

Dans **près de deux tiers de cas**, il n'y a pas de soutien apporté à la patiente par sa propre mère. Ces situations regroupent les situations de déracinement ou d'éloignement géographique de la grand-mère maternelle, celles de séparations précoces dans la petite enfance ou de rupture à l'adolescence ou plus tard, le décès de cette dernière. Dans la plupart des cas, les raisons de cette défaillance de soutien s'expliquent par des conflits intrafamiliaux.

- Troubles psychiques pendant la grossesse

Dans **deux tiers des situations** soit 20 dossiers, nous retrouvons des troubles psychiques évoluant depuis la grossesse.

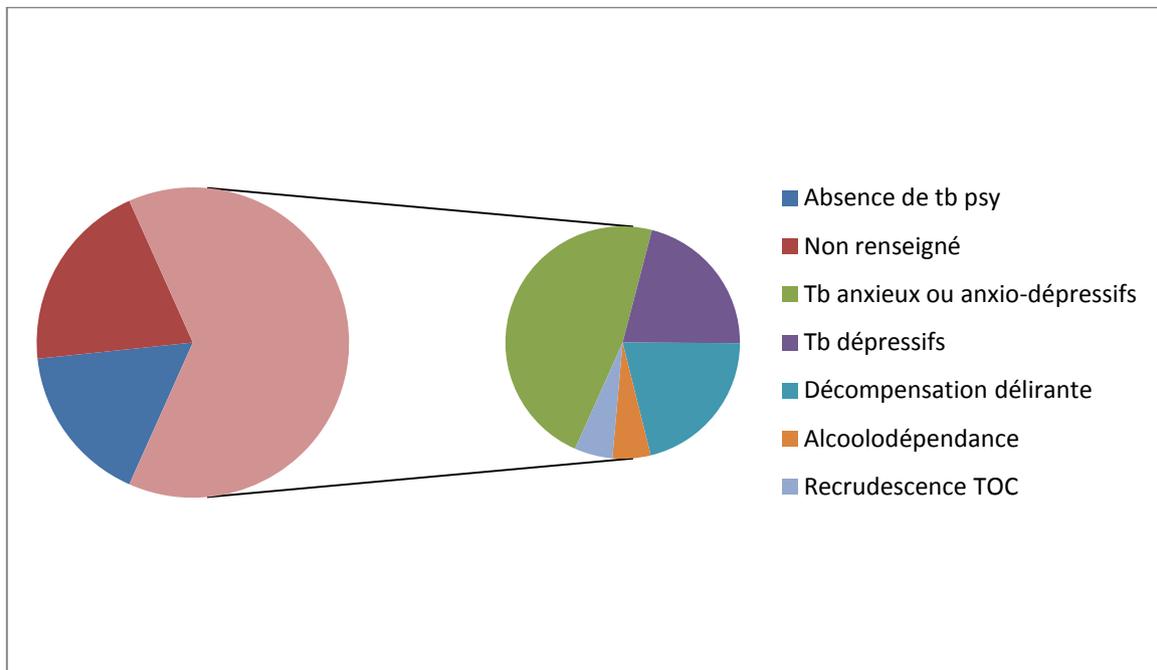


Figure 14 : Troubles psychiques pendant la grossesse

Les descriptions des troubles dont souffraient ces patientes pendant leur grossesse restent approximatives puisqu'il n'y a pas eu de diagnostic posé coté avec la CIM 10, mais une référence dans les observations cliniques aux symptômes présentés. Neuf de ces femmes souffraient de troubles névrotiques de type anxieux ou anxio-dépressif, quatre présentaient un syndrome dépressif, quatre encore une décompensation délirante. Une patiente présentait une alcoolodépendance, une autre une recrudescence de troubles obsessionnels compulsifs. Chez trois de ces patientes, nous retrouvons une tentative d'autolyse (intoxication médicamenteuse volontaire, phlébotomie).

65% des femmes qui ont présenté des troubles psychiques au cours de leur grossesse, avaient un suivi auprès d'un psychiatre, principalement le psychiatre de liaison de la maternité où elles ont accouché, 20% par une psychologue (dans trois situations par la psychologue de la maternité et une par celle d'un service d'alcoologie).

Sept patientes (soit 35% des femmes ayant présenté des troubles psychiques pendant leur grossesse) ont été hospitalisées en milieu psychiatrique dont quatre à la Clinique Intersectorielle (trois étaient hospitalisées jusqu'à leur accouchement et ont été réadmisées à leur sortie de la maternité, une est sortie de la Clinique Intersectorielle avec une poursuite du suivi et des ateliers et avec le projet de la réadmettre après son accouchement).

- Pathologies obstétricales

Dans **42% des cas** (13 dossiers), il a été noté des pathologies obstétricales.

La moitié a dû être hospitalisée en maternité en période prénatale.

Cinq femmes ont présenté une menace d'accouchement prématuré, trois un diabète gestationnel. Une patiente a été hospitalisée suite à des vomissements gravidiques importants, il a été découvert chez une autre une pathologie rénale sur un trouble métabolique grave nécessitant une prise en charge en réanimation médicale.

Par extension, nous avons regroupé dans cet item la réalisation d'amniocentèse. Trois femmes ont bénéficié d'un diagnostic prénatal (suspicion de trisomie 21, de mucoviscidose).

Huit dossiers n'étaient pas renseignés, pour dix cas il a été possible d'infirmier l'existence de pathologies obstétricales.

- Difficultés néonatales

Il a été objectivé dix situations, soit environ **un tiers des cas**, dans lesquelles des difficultés néonatales ont entraîné une séparation précoce mère-enfant, une préoccupation concernant la santé du nouveau-né ou une gêne à leur première rencontre. Il s'agissait pour 80% des cas d'une hospitalisation en néonatalogie ayant duré quelques jours à plusieurs semaines pour des raisons diverses (souffrances fœtales, syndrome de sevrage, difficultés respiratoires, prématurité, surveillance clinique liée à un nouveau-né présentant un syndrome de Di George). Une hospitalisation a eu lieu à 10 jours de vie d'un nouveau-né du fait d'une perte de poids.

Pour une patiente, une césarienne en urgence a été pratiquée suite à une souffrance fœtale ; pour une autre, il a été retrouvé des céphalées post-effraction dure-méno-arachnoïdienne invalidantes nécessitant un blood-patch.

Pour dix autres dossiers, il a été possible d'affirmer l'absence de difficultés néonatales, les dossiers restants n'étaient pas renseignés.

Dans le graphique suivant, nous avons répertorié le nombre de facteurs de vulnérabilité retrouvés pendant la grossesse pour chaque patiente.

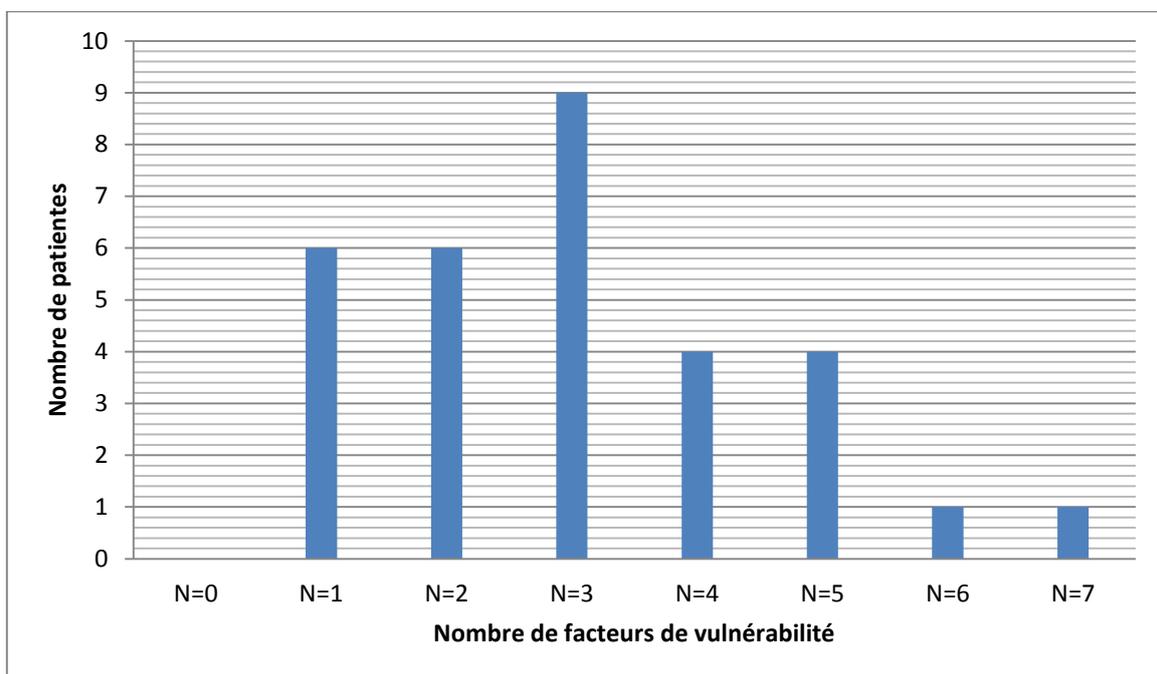


Figure 15 : Énumération de la proportion de facteurs de vulnérabilité retrouvés pour chaque patiente

Nous pouvons ainsi faire le constat que, **pour toutes les femmes hospitalisées conjointement avec leur enfant, nous retrouvons au moins un facteur de vulnérabilité lors de leur grossesse**, la moyenne étant de 3 facteurs pour notre population étudiée.

3. Mise en place d'un allaitement maternel

32% (n=10) des femmes ont débuté un allaitement maternel contre 45% qui ont immédiatement opté pour un allaitement artificiel. Les raisons de ce choix ne sont pas toujours explicitées. Il est cependant stipulé dans 3 dossiers un arrêt précoce ou un refus d'allaiter du fait de la prise de psychotrope.

23% des dossiers n'étaient pas renseignés.

5.2.4. Résultats concernant les caractéristiques de l'hospitalisation

5.2.4.1. Caractéristiques des modalités d'admission en hospitalisation

| Données concernant les modalités d'admission en hospitalisation | | N | Pourcentage |
|---|---|----|-------------|
| Tranche d'âge de l'enfant | <8 semaines de vie | 18 | 58,10% |
| | Entre 8 et 14 semaines de vie | 4 | 12,90% |
| | >14 semaines de vie | 9 | 29% |
| Origine de la demande | Secteur psychiatrique | 22 | 71% |
| | Psychiatres libéraux | 0 | 0% |
| | Services des hôpitaux généraux | 5 | 16,20% |
| | Médecins libéraux non psychiatres | 1 | 3,20% |
| | Services sociaux/PMI/services judiciaires | 1 | 3,20% |
| | Famille | 1 | 3,20% |
| | Non renseigné | 1 | 3,20% |
| Motif de la demande | • pathologie maternelle | 28 | 90,30% |
| | <i>1er épisode de décompensation psy aiguë</i> | 8 | 25,70% |
| | <i>décompensation d'une patho psy chronique</i> | 2 | 6,50% |
| | <i>continuité du suivi anténatal</i> | 18 | 58,10% |
| | • trouble lié à l'enfant | 0 | 0% |
| | • dysfonctionnements interactionnels mère-bébé | 2 | 6,50% |
| | • non renseigné | 1 | 3,20% |
| Consultation de préadmission | oui | 21 | 75% |
| | non | 7 | 25% |
| Objectif(s) hospi défini | oui | 15 | 48,40% |
| | non | 0 | 0% |
| | non renseigné | 16 | 51,60% |
| Intégration réseau en amont (PMI, AS, ASE...) | oui | 30 | 96,80% |
| | non | 1 | 3,20% |
| Diagnostic clinique | Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-22 et F28-29) | 3 | 9,70% |
| | Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) | 5 | 16,10% |
| | Troubles maniaques et bipolaires (F30-31) et schizoaffectifs (F25) | 1 | 3,20% |
| | Troubles dépressifs (F32-39) | 11 | 35,50% |
| | Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69) | 2 | 6,50% |
| | Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-43) | 5 | 16,10% |
| | Troubles de l'alimentation (F50) | 1 | 3,20% |
| | Tb mentaux/comp liés à l'utilisation de substances psychoactives (F10-19) | 0 | 0% |
| | Autres | 3 | 9,70% |

Tableau 6: Données concernant les modalités d'admission en hospitalisation de la dyade mère-enfant

1. L'âge de l'enfant

| | Moyenne | Minimum | Maximum | Médiane |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Age (jours) lors de l'hospitalisation de la mère | 91,6 | 5 | 420 | 48 |
| Age (jours) lors de l'hospitalisation de l'enfant | 93,8 | 5 | 420 | 51 |

Tableau 7 : Age de l'enfant lors de l'hospitalisation de la mère et de la dyade

Les admissions du bébé se faisant parfois dans un deuxième temps, du fait de la clinique de la mère, parfois de sa volonté, l'âge moyen de l'enfant varie en fonction de la date d'entrée de sa mère ou celle de l'accueil de la dyade. Nous détaillerons dans cette partie ces deux modalités mais ne prendrons en considération par la suite uniquement l'âge de l'enfant lors de l'hospitalisation de sa mère.

L'âge moyen de l'enfant lors de l'hospitalisation de sa mère est de **92 jours (soit environ 13 semaines)**. Il est de 94 jours si l'on prend en compte les dossiers pour lesquels l'enfant a été hospitalisé dans un deuxième temps.

Les âges des enfants varient grandement, s'étalant **de 5 jours à 420 jours** (soit environ 14 mois). Des bébés sont parfois admis dès leur sortie de maternité.

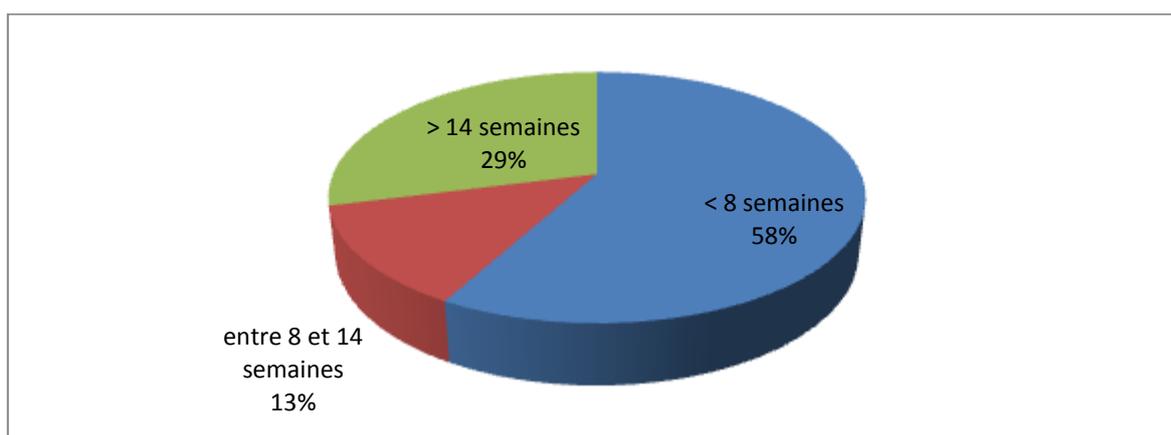


Figure 16 : Répartition des tranches d'âge de l'enfant lors de l'hospitalisation de sa mère

Nous observons, sur les 31 dossiers analysés, que les hospitalisations sont très précoces après la naissance de l'enfant. En effet, **la moitié des enfants est hospitalisée avant**

leur **48^{ème} jour de vie** (soit environ 7 semaines). **Près de 42%** des enfants admis le sont **dans leur premier mois de vie**.

Par contre, nous notons que **près d'un quart des enfants** hospitalisés avec leur mère a un **âge supérieur à 5 mois de vie**.

2. Origine de la demande

Les demandes d'hospitalisation mère-bébé peuvent émaner de différents protagonistes issus du milieu hospitalier ou extra-hospitalier, du secteur psychiatrique ou d'autres spécialités médicales ou encore des services médico-sociaux et de la famille.

| Origine de la demande | Nombre | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Secteur psychiatrique (Psychiatre de liaison en maternité, Urgences psychiatriques, Service de psychiatrie générale et infanto-juvénile) | 22 | 71% |
| Psychiatres libéraux | 0 | 0% |
| Services des hôpitaux généraux (Maternité, Service de pédiatrie, Urgences) | 5 | 16.1% |
| Médecins libéraux non psychiatres | 1 | 3.2% |
| Services sociaux/PMI/Services Judiciaires | 1 | 3.2% |
| Famille | 1 | 3.2% |
| Autres | 1 | 3.2% |
| Total | 31 | 100% |

Tableau 8 : Répartition de l'origine des demandes d'hospitalisation des dyades

Ce tableau montre que, dans **71% des cas**, l'état de la mère a mobilisé les **intervenants psychiatriques** à l'exception des psychiatres libéraux qui ne sont à l'initiative d'aucune demande.

Lorsqu'il s'agit du secteur psychiatrique, 11 demandes (soit **35%**) proviennent des intervenants en **psychiatrie de liaison dans les maternités** (10 viennent de la Maternité Universitaire de Nancy), une émane des urgences psychiatriques, 4 viennent du secteur de

pédopsychiatrie et enfin, 6 découlent des services de psychiatrie générale : trois des Centres Médico-Psychologiques, trois autres sont des transferts d'unités psychiatriques (dont deux suite à des levées d'hospitalisation sous contrainte).

Quatre patientes ont été adressées en hospitalisation à la Clinique Intersectorielle par la psychiatrie de liaison en maternité pendant la grossesse : une sortira d'hospitalisation à 6 mois de grossesse avec maintien des ateliers thérapeutiques et le projet d'une réhospitalisation après la naissance, les trois autres ont été transférées à la maternité pour accoucher avant d'être réadmise dans le service.

Cinq situations proviennent des services des hôpitaux généraux : deux des psychologues rattachées aux maternités, une d'un service de gynéco-obstétrique, une d'un service de pédiatrie où l'enfant était hospitalisé avec sa mère, une d'un service de chirurgie générale et d'urgences (où la mère était prise en charge pour des troubles somatiques).

Une demande émane d'un médecin généraliste.

Une autre provient du service de Protection Maternelle et Infantile.

Une mère a été orientée vers la Clinique Intersectorielle par un membre de sa famille qui connaissait la structure de par sa profession.

3. Motif de la demande

Les indications d'hospitalisation mère-bébé sont multiples. Nous avons choisi de les classer en trois catégories : les motifs d'hospitalisation liés à une pathologie maternelle, ceux liés à l'enfant et enfin ceux liés à un dysfonctionnement interactionnel mère-bébé.

Pour un dossier, il n'a pas été possible de définir le motif exact d'hospitalisation.

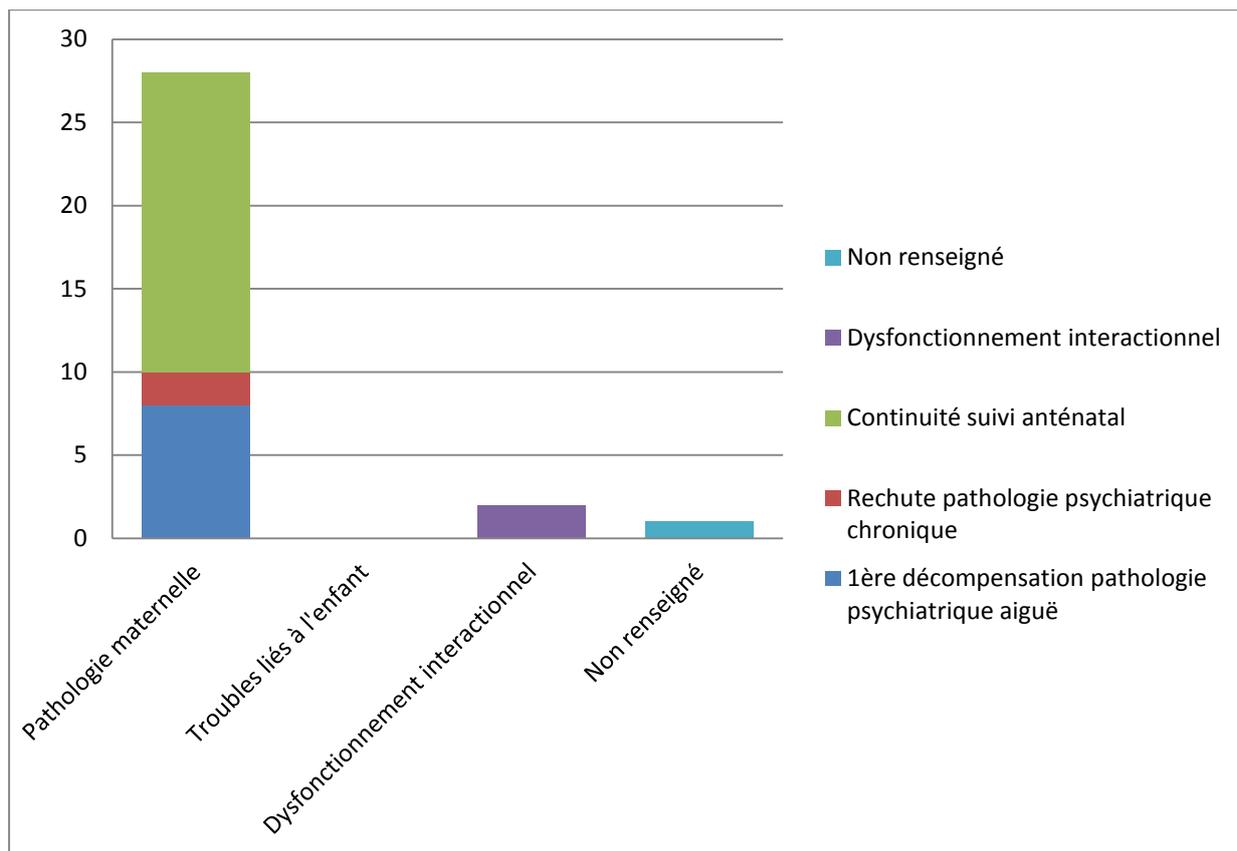


Figure 17 : Répartition selon les motifs d'hospitalisation conjointe

- Motifs d'hospitalisation liés à une pathologie maternelle

Dans la **grande majorité des cas (90%)**, le motif d'hospitalisation conjointe mère-bébé est **lié à une pathologie maternelle**.

Nous avons divisé cet item en trois parties : les admissions liées à un premier épisode de décompensation psychiatrique aiguë dans le post-partum, celles en lien avec une rechute après l'accouchement d'une pathologie psychiatrique chronique connue et enfin celles qui font suite à des soins psychiatriques au cours de la période anténatale pour apparition ou décompensation d'un trouble psychiatrique au cours de la grossesse.

⇒ Admissions liées à un **premier épisode de décompensation psychiatrique aiguë** au cours du post-partum (25,8%)

Dans un quart des situations (n=8), il s'agit d'une première décompensation psychiatrique d'un trouble aigu.

Deux femmes avaient été vues par un psychiatre lors de la grossesse pour un syndrome anxio-dépressif, il s'est avéré qu'elles ont présenté en post-partum un épisode psychotique aigu qui a conduit à l'hospitalisation.

Pour les autres mères, nous n'avons pas retrouvé de renseignements concernant un potentiel suivi psychiatrique en période antenatale. Deux d'entre elles ont présenté un épisode psychotique aigu, une un trouble schizotypique, une autre a été hospitalisée suite à un geste suicidaire dans un contexte de difficultés familiales. Les deux dernières ont été admises pour une dépression du post-partum.

⇒ Admissions en lien avec une rechute dans le post-partum d'une pathologie psychiatrique chronique connue (6,5%)

Dans deux cas, il a été noté une décompensation psychiatrique d'un trouble psychique connu, faisant suite à l'accouchement. Ces deux femmes avaient mis fin à leur suivi antérieur et n'avaient pas de suivi psychiatrique pendant leur grossesse.

Il s'agit d'une mère ayant présenté plusieurs épisodes dépressifs nécessitant des hospitalisations en milieu psychiatrique, l'autre mère a repris des conduites anorexiques, existant depuis son adolescence, après l'accouchement de son enfant.

⇒ Admissions faisant suite aux soins psychiatriques apportés pour apparition ou décompensation d'un trouble psychiatrique évoluant depuis la grossesse (58,10%)

Pour environ 3 femmes de notre population sur 5, il s'agit d'une demande d'hospitalisation conjointe mère-bébé qui fait suite à un suivi déjà entrepris au cours de la grossesse voire antérieur à celle-ci.

Cinq patientes étaient suivies sur le plan psychiatrique avant leur grossesse (quatre en centre médico-psychologique, une en service d'alcoologie), huit ont débuté un suivi auprès des psychologues ou psychiatres des maternités où elles ont accouché. Pour cinq d'entre elles, une hospitalisation conjointe mère-bébé à la Clinique Intersectorielle était programmée avant l'accouchement dont trois ont été transférées à la maternité depuis la Clinique Intersectorielle, le temps de l'accouchement et du séjour en suite de couches.

- Motifs d'hospitalisation liés à l'enfant

Dans notre étude, nous n'avons retrouvé **aucune indication** liée à un trouble présenté par le bébé.

- Motifs d'hospitalisation liés à un dysfonctionnement interactionnel mère-bébé

Enfin, deux dossiers (**6,5% des cas**) indiquent que le motif d'hospitalisation est le fruit d'un dysfonctionnement interactionnel mère-bébé.

Il s'agit de deux patientes présentant un trouble des conduites de type mal socialisé et un trouble de la personnalité de type dyssociale, toutes les deux vivant en centre maternel. L'une d'elle a eu un suivi psychiatrique qui semble s'être limité à la période anténatale. L'autre a bénéficié avant son admission d'un suivi en secteur pédopsychiatrique en aide à la relation mère-enfant.

Une dyade a été admise lorsque l'enfant avait 15 semaines de vie, l'autre beaucoup plus tardivement à 14 mois de vie.

4. Consultation de pré admission

Les hospitalisations conjointes se font dans la **majorité des cas (75%)** après une consultation de pré-admission.

Dans trois cas, les patientes étaient hospitalisées avant leur accouchement et ont uniquement bénéficié d'un transfert le temps de leur séjour à la Maternité avant d'être de nouveau accueillies à la Clinique Intersectorielle.

Dans les autres situations, il semblerait qu'il y ait eu un contact entre le service demandeur et le médecin responsable de la Clinique Intersectorielle permettant de détailler la clinique de la patiente, son adhésion aux soins, les interactions avec son enfant et les attentes de ce séjour.

5. Objectif(s) d'hospitalisation défini(s)

Dans la moitié des cas, nous avons retrouvé des **objectifs d'hospitalisation clairement** définis dans l'observation médicale faite lors de la consultation de pré admission ou lors de l'entretien d'entrée.

Dans l'autre moitié des cas, les données n'ont pas été renseignées.

6. Intégration à un réseau en amont

Dans la **quasi-totalité des cas (97%)**, il y a eu intervention en amont de l'hospitalisation conjointe de la dyade d'un réseau de soins médical et/ou médico-social.

Seule une situation n'était connue d'aucun réseau de soins. Le diagnostic posé pour cette patiente est celui d'un trouble schizotypique.

Vingt-six femmes (**84%**) avaient un **suiti psychologique** que ce soit auprès de psychologue ou psychiatre, au sein de Centres Médico-Psychologiques pour enfants ou pour adultes ou par la Clinique Intersectorielle elle-même (n=17), à la maternité (n=15) ou en libéral (n=2). Ces suivis sont d'ailleurs assez souvent combinés. Une patiente était suivie par une psychologue en service d'alcoologie, une autre dans un centre de soins pour toxicomanes.

Douze dyades (**39%**) étaient suivies par la **Protection Maternelle et Infantile**. Pour trois situations, la PMI était seule à intervenir.

Pour six situations (**19%**), le **service social** est intervenu. Deux familles bénéficiaient de l'intervention de techniciennes de l'intervention sociale et familiale à titre éducatif.

Quatre mères (**13%**) étaient accueillies en **centres maternels** et bénéficiaient de l'entourage de l'équipe de la structure.

Enfin, trois situations (**10%**) étaient suivies sur le **plan judiciaire et éducatif**.

7. Diagnostic clinique retenu à l'entrée

Nous avons choisi d'étudier le diagnostic clinique retenu à l'entrée du séjour en hospitalisation, ce dernier n'étant souvent pas revu à la sortie de la patiente.

⇒ Répartition des diagnostics cliniques maternels

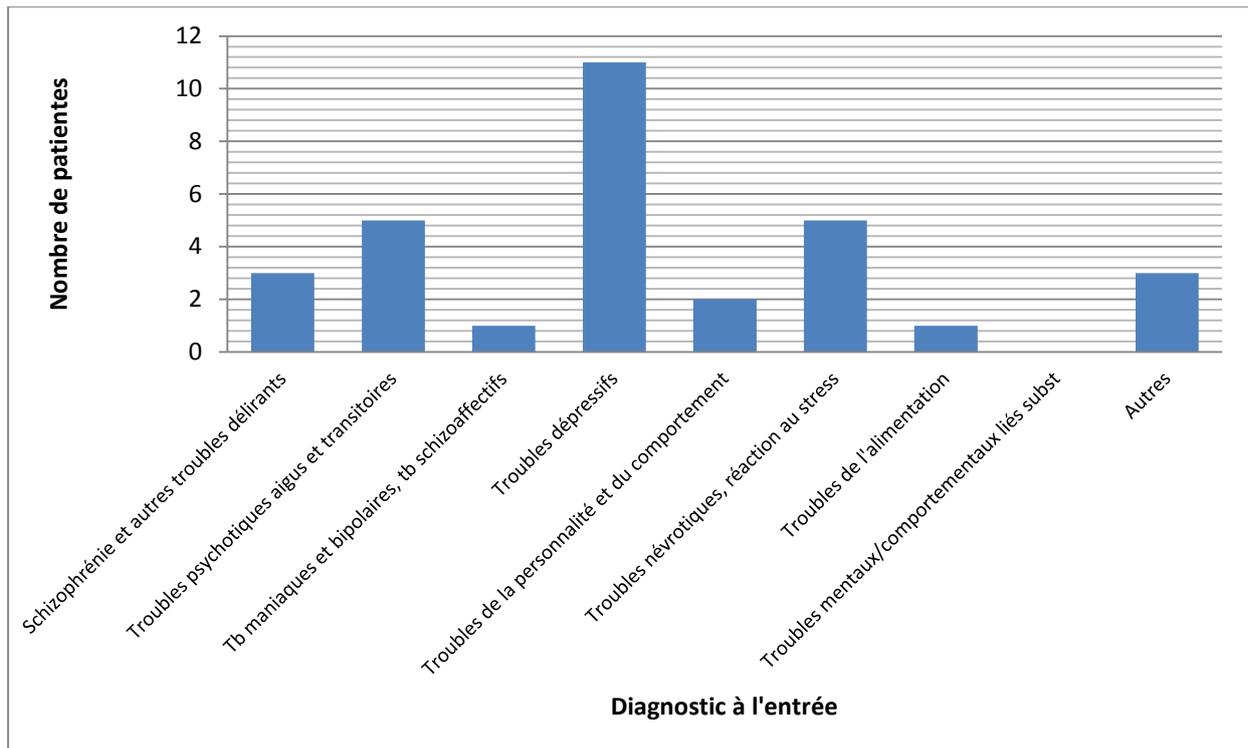


Figure 18 : Répartition de la population selon le diagnostic clinique retenu à l'entrée

Au premier rang des diagnostics retenus, viennent les **désordres thymiques** qui représentent **35,5%**. Dans cette catégorie, nous avons inclus les troubles dépressifs du post-partum et ceux faisant suite à une dépression déjà existante pendant la grossesse.

Les patientes présentant des **épisodes psychotiques aigus** représentent **16%** des admissions.

Dans **9,7%** des cas, le diagnostic de **schizophrénie ou troubles schizotypiques** a été retenu. Une patiente avait déjà un diagnostic posé de schizophrénie, une autre avait présenté antérieurement un épisode de bouffée délirante aiguë, quant à la troisième, elle n'avait aucun antécédent psychiatrique.

Une mère présente un trouble schizo-affectif, pathologie connue et suivie depuis plusieurs années déjà. Elle a auparavant été hospitalisée dans différentes structures psychiatriques dont la Clinique Intersectorielle.

Il a été retrouvé pour deux patientes une personnalité dyssociale.

Pour cinq mères soit **16%** des cas, le diagnostic de **troubles névrotiques** et liés à un facteur de stress a été retenu : nous notons deux patientes souffrant de Troubles Obsessionnels Compulsifs, les trois autres patientes présentant un trouble anxieux et dépressif mixte.

Une mère a été hospitalisée suite à des troubles de l'alimentation à type d'anorexie mentale.

Il n'y a pas eu de patientes hospitalisées présentant des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives. Pour certaines d'entre elles, ce diagnostic avait été retenu comme diagnostic associé.

Trois mères présentent un diagnostic qui ne rentre pas dans les catégories définies : il s'agit d'un diagnostic de retard mental léger (hospitalisée suite à un geste suicidaire), celui de troubles des conduites type mal socialisé et celui de troubles des conduites et des émotions.

⇒ Liens entre les diagnostics maternels et l'âge moyen et le sexe des enfants

Dans le tableau ci-dessous, nous avons réparti le sexe et l'âge moyen des enfants lors de l'hospitalisation de leur mère en fonction du diagnostic maternel.

| | Nombres de mères présentant ce diagnostic | Age moyen des enfants lors de l'hosp | Sexe de l'enfant | |
|--|---|--------------------------------------|------------------|---------|
| | | | Filles | Garçons |
| Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-22 et F28-29) | 3 (9.70%) | 69 jours | 2 | 1 |
| Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) | 5 (16.10%) | 51,2 jours | 3 | 2 |
| Troubles maniaques et bipolaires (F30-31) et schizoaffectifs (F25) | 1 (3.20%) | 9 jours | 1 | 0 |
| Troubles dépressifs (F32-39) | 11 (35,50%) | 73,1 jours | 7 | 4 |
| Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69) | 2 (6.50%) | 78,5 jours | 1 | 1 |
| Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-43) | 5 (16.10%) | 31,6 jours | 2 | 3 |
| Troubles de l'alimentation (F50) | 1 (3.20%) | 158 jours | 1 | 0 |
| Autres | 3 (9.70%) | 363,3 jours | 1 | 2 |

Tableau 9 : Répartition du sexe et de l'âge des enfants selon le diagnostic retenu pour la mère

Il ne semble pas y avoir de répartition différente du sexe de l'enfant en fonction du diagnostic retenu pour la mère, mis à part celle de troubles dépressifs (7 filles pour 4 garçons).

Concernant le **lien entre le diagnostic posé pour la mère et l'âge moyen de l'enfant lors de l'hospitalisation de la dyade**, les chiffres sont difficilement interprétables si nous prenons en compte la moyenne d'âge (92jours), la distribution étant très étalée. Il semble plus intéressant de comparer ces chiffres à la médiane d'âge des enfants calculée à 48 jours.

Nous notons ainsi une hospitalisation précoce pour les femmes présentant des troubles schizoaffectifs et d'ordre névrotique et des hospitalisations demandées plus tardivement pour les femmes souffrant de troubles délirants chroniques, de troubles de la personnalité et de troubles dépressifs mais également pour les mères présentant des troubles des conduites et de

l'alimentation. En ce qui concerne les femmes pour lesquelles le diagnostic de troubles psychotiques aigus a été posé, l'hospitalisation de la dyade se fait lorsque l'enfant a un âge proche de l'âge médian des enfants de notre étude.

⇒ Liens entre les diagnostics maternels et les antécédents de traumatisme dans l'enfance de ces mères

Dans le tableau suivant, nous avons listé, en fonction des types de diagnostic, le nombre de patientes présentant des antécédents de traumatismes dans leur enfance. Nous n'avons pris en compte uniquement les dossiers pour lesquels l'information était clairement retranscrite.

| Diagnostic | Effectifs selon diag | Effectifs selon les antécédents de traumatismes | | | | |
|---------------------------------------|----------------------|---|--------------|--------------|--------------------|------------------------------|
| | | Placement | Maltraitance | Abus sexuels | Vécus traumatiques | Un ou plusieurs traumatismes |
| F23 Tb psychotiq aigus | 5 | | 2 | 2 | 1 | 3 (60%) |
| F32-39 Tb dépressifs | 11 | 2 | 2 | 1 | 8 | 7 (64%) |
| F60-69 Tb perso/comp | 2 | 1 | 1 | 2 | | 2 (100%) |
| F40-43 Tb névrotiques | 5 | | 2 | | 1 | 3 (60%) |
| F50 Tb alimentation | 1 | | | 1 | | 1 (100%) |
| Autres | 3 | 2 | 3 | 2 | | 3 (100%) |

Tableau 10 : Répartition des antécédents de traumatismes dans l'enfance selon les diagnostics

Pour toutes les patientes présentant des troubles de la personnalité et du comportement et des troubles de l'alimentation, des antécédents, uniques ou multiples, de traumatismes dans leur enfance ont été retrouvés.

Ils sont très fréquemment retrouvés pour les femmes présentant des troubles psychotiques aigus et transitoires, des troubles dépressifs et des troubles névrotiques.

Pour la patiente qui présente un trouble schizo-affectif et celles pour lesquelles le diagnostic de schizophrénie a été retenu, certains renseignements concernant les antécédents de traumatismes dans l'enfance n'ont pu être obtenus. Elles n'apparaissent donc pas dans le tableau.

5.2.4.2. Caractéristiques des modalités de prise en charge

| Données concernant les modalités de prise en charge | | N | Pourcentage |
|---|---------------|----|-------------|
| Évaluation de l'état clinique de l'enfant au cours de l'hospitalisation: | | | |
| Trouble du développement psychomoteur | oui | 4 | 12,90% |
| | non | 26 | 83,90% |
| | non renseigné | 1 | 3,20% |
| Retrait/contact visuel difficile | oui | 1 | 3,20% |
| | non | 28 | 90,30% |
| | non renseigné | 2 | 6,50% |
| Trouble du tonus (hypo/hypertonique) | oui | 2 | 6,50% |
| | non | 27 | 87,10% |
| | non renseigné | 2 | 6,50% |
| Vocalisations | oui | 17 | 81% |
| | non | 0 | 0% |
| | non renseigné | 4 | 19% |
| Trouble de l'alimentation | oui | 7 | 22,60% |
| | non | 23 | 74,20% |
| | non renseigné | 1 | 3,20% |
| Trouble du sommeil | oui | 2 | 6,50% |
| | non | 27 | 87% |
| | non renseigné | 2 | 6,50% |
| Troubles somatiques | oui | 11 | 35,50% |
| | non | 19 | 61,30% |
| | non renseigné | 1 | 3,20% |
| Intervention secteur pédopsychiatrique | | | |
| | oui | 20 | 64,50% |
| | non | 11 | 35,50% |
| Organisation réunion(s) pluridisciplinaire(s) | | | |
| | oui | 15 | 48,40% |
| | non | 14 | 45,20% |
| | non renseigné | 2 | 6,50% |
| Prise en charge en psychomotricité | | | |
| | oui | 26 | 83,90% |
| | non | 5 | 16,10% |
| Participation ateliers | | | |
| | oui | 25 | 80,60% |
| | non | 6 | 19,40% |
| Intégration à la crèche | | | |
| | oui | 5 | 35,70% |
| | non | 9 | 64,30% |

Tableau 11 : Données concernant les modalités de prise en charge et d'évaluation au cours de l'hospitalisation de la dyade mère-enfant

1. Évaluation de la clinique présentée par l'enfant

- Trouble du développement psychomoteur

Dans 84% des cas (n=26), il n'est pas retrouvé de trouble du développement psychomoteur. Pour un enfant, le retard du développement psychomoteur est en lien avec un syndrome de Di-Georges.

⇒ Retrait/contact visuel difficile :

Pour une situation, les interactions visuelles entre la mère et l'enfant sont particulièrement compliquées. Il y a une quasi-absence, en début de prise en charge, d'interactions visuelles entre les deux parties notamment au moment de la prise du biberon et du bain. L'enfant a alors près de trois mois. Le diagnostic retenu pour la mère est celui d'un épisode psychotique aigu.

⇒ Trouble du tonus :

Deux enfants sont décrits comme étant hypertoniques, ils ont alors 2 et 20 semaines de vie. Les deux mères souffrent de troubles dépressifs.

⇒ Vocalisations :

L'évaluation de cet item a été faite sur 21 bébés, prenant en compte le développement du langage en fonction de l'âge. Seuls les bébés étant sortis avec un âge supérieur à deux mois ont été cotés, c'est-à-dire ceux en âge d'émettre quelques vocalises à type de roucoulement de voyelles formés uniquement par la bouche et pas encore nasalisés (25).

Dans notre étude, hormis quatre dossiers qui n'ont pas permis d'obtenir cette information, tous les enfants émettent au moins des vocalises.

- Trouble de l'alimentation

Sept enfants présentent des troubles de l'alimentation tels que la restriction ou le refus de s'alimenter, une difficulté face à la diversification ou encore une certaine voracité entraînant d'importantes régurgitations.

- Trouble du sommeil

Pour deux bébés, des troubles du sommeil sont décrits : un ne pouvait s'endormir, en début d'hospitalisation, ailleurs que dans sa poussette ou le lit de sa mère, un autre était décrit comme très vigilant et présentait des difficultés d'endormissement.

- Troubles somatiques

Environ un tiers des enfants présente des troubles somatiques : quatre présentent des régurgitations importantes, deux des épisodes de coliques, un autre une constipation, un autre a été hospitalisé en pédiatrie pour invagination intestinale, un a une prise de poids insuffisante enfin deux enfants présentent des pathologies cardiaques (communication inter-auriculaire, cardiopathie liée à un syndrome de Di George).

2. Intervention du secteur pédopsychiatrique

Dans **trois cas sur cinq**, le secteur de pédopsychiatrie est intervenu au sein de la Clinique Intersectorielle en collaboration avec les soignants du service.

Sur les trois dernières années (2007-2010), le secteur psychiatrique infanto-juvénile a contribué de **façon systématique** aux prises en charge des patientes hospitalisées conjointement avec leur enfant. Il s'agit pour la quasi-totalité des dossiers de l'intervention de pédopsychiatres, parfois associée à celle d'infirmiers de Centre Médico-Psychologique pour enfants.

Pour une dyade, le DIspositif de Soins Psychothérapeutiques Précoces À Domicile (DISPPAD) est intervenu auprès des mères et de leur enfant, pour une autre d'une psychologue travaillant dans un CMP pour enfants de son secteur.

Une mère a refusé l'intervention de pédopsychiatre.

3. Organisation de réunion(s) pluridisciplinaire(s)

Pour la **moitié des cas** et de façon assez homogène dans le temps, une ou plusieurs réunions rassemblant les différents partenaires intervenant autour de la dyade et les soignants de la Clinique Intersectorielle ont été organisées lors de l'hospitalisation conjointe de la mère

et de son enfant. Elles peuvent être à l'initiative du personnel soignant de la Clinique Intersectorielle ou des intervenants extérieurs.

Les partenaires les plus souvent rencontrés sont le **secteur de psychiatrie pour adultes et de psychiatrie infanto-juvénile** qui prendront en charge ultérieurement la patiente et la dyade, les services médico-sociaux : **Protection Maternelle et Infantile, Centres médico-Sociaux**, les **services de Protection de l'Enfance** et les **intervenants des Centres Maternels**. Plus rarement, nous notons l'intervention du personnel de la crèche (dont la pédiatre) où l'enfant était attendu et de sages-femmes libérales.

Dans la moitié des situations qui ont conduit à une rencontre entre les différents partenaires, nous retrouvons très fréquemment des difficultés ou une séparation conjugales et/ou des difficultés sociales chez ces patientes. Par contre, il n'a pas été retrouvé de types plus fréquents de pathologies psychiatriques (3 présentent un épisode psychotique aigu, 1 un trouble schizo-affectif, 4 un trouble dépressif, 4 des troubles des conduites ou une personnalité dyssociale, 1 des TOC, 1 un trouble anxio-dépressif et 1 un retard mental).

Les situations conduisant à un placement ou à la rédaction d'une information préoccupante pour l'enfant ont mobilisé les différents partenaires extérieurs. En effet, dans les six situations de placement, quatre ont bénéficié d'une ou plusieurs réunions pluridisciplinaires avec le service social ou de protection de l'enfance. Pour les deux autres situations, les patientes ont été transférées dans un service de psychiatrie fermé en hospitalisation sous contrainte, l'enfant a alors été placé en urgence à la pouponnière et en Centre Maternel, aucune réunion n'a eu le temps de s'organiser. De même, une rencontre avec le service de Protection Maternelle et Infantile et les assistantes sociales du Centre Médico-Social du secteur s'est effectuée pour les deux situations signalées.

4. Participation aux ateliers thérapeutiques et prise en charge en psychomotricité

Neuf mères sur dix ont bénéficié de prise en charge en ateliers et/ou en psychomotricité.

Ces soins sont proposés soit à la mère soit à la dyade. Lorsqu'ils sont proposés à la mère, ils peuvent être individuels ou en groupe avec d'autres patients du service, le bébé est

alors confié à l'équipe soignante. Quand les ateliers sont proposés à la dyade, ils sont assurés le plus souvent par la psychomotricienne, la musicothérapeute et une infirmière de psychiatrie infanto-juvénile.

Seules trois mères n'ont eu aucun de ces modes de prise en charge : une a refusé ces soins, une autre est restée hospitalisée une semaine avant de demander sa sortie, pour la troisième, il n'a pas été retrouvé de raison particulière à cette absence de soins.

5. Intégration de l'enfant à la crèche

Lorsque l'enfant est en âge de se rendre à la crèche (c'est-à-dire au moins 10 semaines de vie) et que la fin de l'hospitalisation n'est pas envisagée à court terme, une intégration à la crèche hospitalière du CPN peut être discutée.

Dans notre étude, dix-sept enfants étaient en âge d'être accueillis à la crèche. Cependant, pour trois d'entre eux, leurs mères sont sorties quelques jours après l'âge imposé par la crèche pour y être admis. Sur les quatorze enfants restants, cinq ont été accueillis occasionnellement au sein de la crèche hospitalière soit **environ 36%**.

5.2.4.3. Caractéristiques des modalités de sortie d'hospitalisation

| Données concernant les modalités de sortie d'hospitalisation | | N | Pourcentage |
|--|--------------------------------------|-------|-------------|
| Évolution patho maternelle | amélioration | 24 | 77,40% |
| | aggravation | 4 | 12,90% |
| | non renseigné | 3 | 9,70% |
| Poursuite suivi psychiatrique | oui | 31 | 100% |
| | non | 0 | 0% |
| Si oui, | par le secteur de psychiatrie adulte | 23 | 74,20% |
| | par le secteur de pédopsychiatrie | 10 | 32,30% |
| | par un psychiatre libéral | 3 | 9,70% |
| | autre | 16 | 51,60% |
| Traitement à la sortie | oui | 27 | 87% |
| | non | 2 | 6,50% |
| | non renseigné | 2 | 6,50% |
| Si oui, type(s) de traitement | Traitement antidépressif | 10 | 32,30% |
| | Traitement antidépresseur | 19 | 61,30% |
| | Traitement thymorégulateur | 5 | 16,10% |
| | Traitement anxiolytique/sédatif | 19 | 61,30% |
| | Traitement hypnotique | 8 | 25,80% |
| | Traitement substitutif | 1 | 3,20% |
| | Autres | 5 | 16,10% |
| non renseigné | 2 | 6,40% | |
| Information préoccupante | oui | 8 | 25,80% |
| | non | 23 | 74,20% |
| Mesure de placement | oui | 6 | 19,40% |
| | non | 25 | 80,60% |
| Mesure éducative | oui | 6 | 19,40% |
| | non | 24 | 77,40% |
| | non renseigné | 1 | 3,20% |
| Prise en charge pluridisciplinaire | oui | 20 | 64,50% |
| | non | 10 | 32,30% |
| | ne sait pas | 1 | 3,20% |
| Mode de garde de l'enfant à la sortie | mère | 20 | 64,50% |
| | assistante maternelle | 1 | 3,20% |
| | crèche | 3 | 9,70% |
| | autre | 10 | 32,30% |

Tableau 12 : Données concernant les modalités de sortie d'hospitalisation de la dyade mère-enfant

1) Durée moyenne d'hospitalisation de la mère et de l'enfant

| | Moyenne | Minimum | Maximum | Médiane |
|--|---------|---------|---------|---------|
| Durée de l'hosp (jours) pour la patiente | 34,2 | 8 | 111 | 28 |
| Durée de l'hosp (jours) pour l'enfant | 28,5 | 7 | 108 | 19 |

Tableau 13 : Durée d'hospitalisation pour la dyade mère-enfant

La **durée moyenne d'hospitalisation pour la mère** est de **34 jours** soit environ 5 semaines.

Elle est de **28,5 jours pour celle des enfants**. En effet, les bébés ont une durée d'hospitalisation inférieure à celle des mères compte-tenu d'une arrivée dans le service parfois différée face à la symptomatologie de la mère ou à la demande de cette dernière. Ils sortent dans la plupart des cas le même jour que leur mère mis à part les cas de placement où la mère reste parfois encore quelques jours hospitalisée.

La durée de séjour des dyades mère-bébé varie grandement, s'étalant **de 8 jours** (un de nos critères d'inclusion est une hospitalisation conjointe d'au moins 5 jours) **à 111 jours** (soit près de quatre mois). La médiane, plus représentative du fait de cette distribution étalée, est estimée à 28 jours pour la durée d'hospitalisation de la mère et de 19 jours pour celle de l'enfant. Deux tiers des patientes sont restées moins de 5 semaines.

Le tableau suivant permet de connaître la durée d'hospitalisation selon le type de pathologie maternelle.

| | Nombre de patientes | Durée du séjour |
|--|---------------------|---|
| Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-22 et F28-29) | 3 | 28 jours (dont 1 transférée en HDT à J8) |
| Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23) | 5 | 25 jours |
| Troubles maniaques et bipolaires (F30-31) et schizoaffectifs (F25) | 1 | 67 jours |
| Troubles dépressifs (F32-39) | 11 | 39 jours |
| Troubles de la personnalité et du comportement (F60-69) | 2 | 21 jours |
| Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-43) | 5 | 48 jours |
| Troubles de l'alimentation (F50) | 1 | 10 jours (transférée en HDT) |
| Autres | 3 | 24 jours |

Tableau 14 : Durée de séjour en fonction du diagnostic maternel retenu

Nous notons que la patiente hospitalisée pour un trouble schizo-affectif a une durée de séjour supérieure à la moyenne des séjours pour notre population. Il en est de même pour les femmes dont le diagnostic de troubles névrotiques a été retenu. Les patientes dépressives restent également un peu plus longtemps hospitalisées.

Par contre, les femmes hospitalisées pour une psychose puerpérale et pour des troubles de la personnalité ont des durées moyennes de séjour plus courtes. La patiente qui présente des troubles de l'alimentation a été transférée dans un service fermé pour y recevoir des soins sous contrainte ce qui rend ininterprétable la durée d'hospitalisation.

Nous nous sommes également intéressés au profil des patientes ayant eu un séjour court et celles qui ont eu un long séjour en hospitalisation conjointe.

Nous avons choisi de définir les **séjours courts** comme étant inférieurs ou égaux au 25^{ème} percentile de cette distribution c'est-à-dire $\leq 18,5$ jours. 8 dossiers rentrent dans notre

critère de sélection. Les diagnostics sont divers. Pour 2 d'entre eux, les patientes ont été transférées dans un service fermé de psychiatrie générale pour des soins sans consentement. Il s'agit d'une patiente schizophrène et d'une patiente présentant des troubles du comportement alimentaire. Dans les autres situations, les patientes présentent des troubles dépressifs (n=2), des troubles psychotiques aigus (n=2), des troubles obsessionnels compulsifs (n=1, patiente hospitalisée à la clinique, transférée pour l'accouchement puis réadmise), enfin une patiente a été admise suite à un geste suicidaire. 3 ont bénéficié de prise en charge en hôpital de jour au décours de l'hospitalisation temps plein.

Concernant les **séjours longs**, ils ont été définis par une durée d'hospitalisation supérieure ou égale au 75^{ème} percentile de cette distribution c'est-à-dire ≥ 37 jours. 7 dossiers sont concernés. Là encore, les diagnostics sont variés. Nous retrouvons dans ces situations, 3 patientes souffrant de troubles dépressifs, une de troubles anxiodépressifs, une de TOC (l'enfant a été placé au décours de l'hospitalisation), une présente une schizophrénie et enfin une autre des troubles schizo-affectifs. Par contre, pour 4 de ces 7 patientes, le lieu d'habitation se situe à une grande distance du CPN (deux habitent dans les Vosges, une autre en Moselle, la dernière en Meurthe-et-Moselle mais à plus de 100km du CPN). Il n'est pas retrouvé plus d'isolement familial ou social dans ces situations que dans notre population d'étude.

2) Évolution de la pathologie maternelle à la sortie

Dans **77% des cas**, la femme sort d'hospitalisation conjointe asymptomatique ou avec une **très nette amélioration de sa pathologie** ce qui est compatible avec un retour de la dyade à domicile.

Dans environ **13%** des cas c'est-à-dire dans 4 situations, la **symptomatologie** est décrite comme **s'aggravant**. Dans deux situations, un transfert en service adulte fermé en hospitalisation sous contrainte a été nécessaire. Pour une autre prise en charge, la patiente a été transférée dans le service de psychiatrie adulte de son secteur en hospitalisation libre, le travail autour de la parentalité n'ayant pas réussi à se mettre en place au vue de la problématique de la mère. Dans la dernière situation, un placement de l'enfant a été décidé du fait de la multiplication des conduites à risque et des passages à l'acte auto-agressif

notamment en termes d'alcoolisation au sein même de la structure. La mère est restée quelques jours hospitalisée seule à la Clinique Intersectorielle après le départ de son enfant.

3) Relai de la prise en charge psychiatrique pour la mère à la sortie d'hospitalisation conjointe

Toutes les mères bénéficient d'un suivi psychiatrique ou psychologique à la sortie de leur hospitalisation. Les différentes prises en charge peuvent être **assez souvent associées** entre elles.

74% (n=23) sont suivies par le **secteur de psychiatrie générale (CMP, CATTP, HDJ, VAD...)** et près de **10%** (n=3) par un **psychiatre libéral**.

3 patientes (soit **10%**) ont pu profiter d'un relai au décours immédiat de la sortie d'hospitalisation en **hôpital de jour à la Clinique Intersectorielle**, en présence ou non de l'enfant, pendant une période de 6 jours à 2 semaines. Une autre est sortie avec un relai en hôpital de jour en unité parents-enfants de son nouveau secteur du fait d'un déménagement. 6 patientes (**20%**) ont pu continuer les **activités thérapeutiques** entreprises lors de leur hospitalisation **à la Clinique Intersectorielle** en y étant accueillies en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (**CATTP**) : musicothérapie, relaxation, psychomotricité...

Le suivi assuré par le secteur de psychiatrie générale se fait essentiellement au Centre Médico-Psychologique rattaché au lieu d'habitation de la patiente auprès de psychiatres mais aussi psychologues. Certaines mères bénéficient de visites à domicile par des infirmiers. Deux patientes sont également prises en charge en hôpital de jour ou en CATTP au CMP de leur secteur.

Concernant les autres modalités de soins, **trois mères** ont poursuivi leur suivi auprès de la **psychologue de la maternité**, deux autres prévoient de consulter leur médecin traitant pour renouveler leur ordonnance.

Trois patientes sont sorties d'hospitalisation de la Clinique Intersectorielle pour être **transférées en service psychiatrique fermé** du fait de leur état clinique (deux sous contrainte, une en soins libres). Elles ont toutes les trois bénéficié par la suite d'un suivi psychiatrique, dont une auprès de l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des

Toxicomanes (UFATT). Incluant ces trois mères, ceci ramène finalement le chiffre de suivi par le secteur psychiatrique public à 84% des cas.

87% des patientes sortent avec une **prescription de traitement psychotrope**. Les traitements les plus souvent prescrits sont les antidépresseurs et les traitements sédatifs ou anxiolytiques (61% de la population totale), puis les neuroleptiques antiproductifs et les hypnotiques (respectivement 32% et 26% de la population). 16% des femmes reçoivent un traitement thymorégulateur, 3% un traitement substitutif.

4) Modalités de sortie de l'enfant et de prise en charge de la dyade

Dans 80% des cas, la mère sort avec son enfant et dans 75% des situations, sans qu'il y ait besoin d'un signalement de risque pour l'enfant.

- Poursuite de la prise en charge psychiatrique de la dyade

32% des dyades sont prises en charge par le **secteur de psychiatrie infanto-juvénile** au sein des centres médico-psychologiques pour enfants en consultation auprès de pédopsychiatres ou en visites à domicile par des infirmiers, ou encore en groupes mères-bébés. Pour une situation, le suivi s'est poursuivi en unité parents-enfants sur son nouveau secteur d'habitation.

Pour une dyade un projet de mise en place d'un Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) était en discussion, pour deux autres un complément de prise en charge avec un Dispositif de Soins Psychothérapeutiques Précoces À Domicile (DISPPAD) était effectif.

- Mesure de protection de l'enfant

Dans notre étude, les situations de placement de l'enfant ne sont pas rares : elles concernent 6 enfants sur les 31 accueillis avec leur mère soit **environ 1 enfant sur 5**. En parallèle, deux autres situations ont été signalées : une par le service de PMI pendant l'hospitalisation de la dyade sans que nous en sachions les suites, une par la Clinique Intersectorielle qui a abouti à une investigation d'orientation éducative (IOE).

⇒ Devenir des mères à la sortie d'hospitalisation:

Du côté des six mères, une est retournée chez elle car son état psychologique était jugé suffisamment stabilisé, deux autres sont sorties chez des membres de leur famille avant de réintégrer leur domicile. Une mère est retournée avec son enfant au centre maternel où elle séjournait déjà avant son admission en hospitalisation, l'enfant réintégrant la structure placée en ordonnance de placement provisoire (OPP). Enfin, deux mères ont été transférées dans un autre service psychiatrique afin de recevoir des soins sous contrainte tant leurs troubles psychopathologiques mettaient en danger leur enfant et elle-même (un des enfants a été accueilli en pouponnière, l'autre réadmis au centre maternel, où il vivait déjà avant l'hospitalisation, en OPP).

⇒ Lieux d'accueil des enfants :

Sur ces six enfants, trois ont été placés à la **pouponnière**, un a été accueilli en **famille d'accueil**, les deux derniers ont été confiés au **centre maternel** où ils séjournaient déjà avec leur mère. Cinq enfants ont été placés sur décision judiciaire, pour un enfant il s'agit d'un placement administratif.

⇒ Sexe et âge des enfants :

Il y a **autant de garçons que de filles placés.**

L'âge moyen des enfants séparés est de **146 jours** soit 21 semaines avec un intervalle allant de 14 jours à 448 jours. Les placements les plus tardifs sont pour deux enfants déjà pris en charge par un centre maternel (les enfants avaient 448 jours et 168 jours lors de l'admission). A leur sortie d'hospitalisation, ils ont réintégré le centre maternel en OPP.

⇒ Pathologies présentées par la mère :

Pour les 6 mères séparées de leur enfant dans notre étude, nous avons la répartition des pathologies maternelles suivantes :

- Une mère présente un épisode de décompensation dans le cadre d'une schizophrénie
- Une mère a décompensé un trouble psychotique aigu semblant évolué vers un épisode dépressif majeur ponctué de mise en danger au sein même de la structure
- Une autre mère présente un trouble de la personnalité de type dysssociale
- Une mère souffre de troubles obsessionnels compulsifs
- Une autre est connue comme souffrant d'anorexie mentale
- Enfin, la dernière a des troubles des conduites de type mal socialisé

Le tableau ci-dessous reprend, selon les diagnostics maternels retenus, le lieu de placement des enfants.

| | Psychose chronique | Psychose aiguë | Troubles de la personnalité | Troubles des conduites | TOC | TCA |
|-------------------|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------|-----|-----|
| | | | | | | |
| Pouponnière | 1 | 1 | 1 | | | |
| Famille d'accueil | | | | | 1 | |
| Centre maternel | | | | 1 | | 1 |
| Relais familial | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Tableau 15 : Répartition en nombre absolu des pathologies maternelles en fonction des lieux de placement

⇒ Facteurs de risque de placement / Existence de facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse :

Nous avons tenté de repérer dans notre étude des facteurs (autres que le type de pathologie présenté par la mère) que nous savons fréquemment liés à une séparation mère-

enfant à la sortie de l'hospitalisation conjointe. Il s'agit d'un isolement psychosocial, d'antécédents personnels ou familiaux de placement, d'antécédents de maltraitance dans l'enfance de la mère, mais également d'une pathologie psychiatrique chez le conjoint lorsqu'il est présent.

Parallèlement, il nous a paru intéressant de nous pencher sur la présence ou non de facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse dans ces situations pour lesquelles l'enfant a été confié. Des éléments tels que la qualité de l'entourage affectif, familial et social, le vécu de la grossesse et les éventuelles complications en période périnatale ainsi que l'existence de troubles psychopathologiques peuvent constituer des éléments déterminants dans l'incidence de la pathologie dans le post-partum.

Pour notre étude, nous avons noté que pour cinq des six dossiers il y a une notion de séparation ou de difficulté conjugale. Une autre a son mari incarcéré.

Concernant le conjoint, cinq présentent ou ont présenté des troubles psychiatriques : deux sont probablement borderline au vu de la clinique décrite dans les observations, un autre présente une alcoolodépendance et des passages à l'acte auto-agressif. Pour un dossier, le père est perdu de vue.

La moitié des mères n'est pas soutenue par leur famille.

Aucune d'entre elles ne semble avoir perdu de proches peu avant ou pendant la grossesse.

Pour les 6 enfants placés, un seul a une fratrie, elle-même confiée à l'ASE.

Une patiente a un antécédent personnel de placement mais cinq d'entre elles ont subi des maltraitances dans leur enfance que ce soit en termes d'abus sexuels ou de maltraitance physique et/ou psychologique.

Concernant la grossesse, il a été possible d'affirmer que celle-ci n'est pas programmée pour la moitié des dossiers et un tiers des mères a présenté des pathologies obstétricales.

La majorité des femmes a présenté des troubles psychopathologiques durant leur grossesse.

- Prise en charge pluridisciplinaire à la sortie d'hospitalisation

Dans **près de deux tiers des cas** (n=20), il a été associé à la prise en charge psychiatrique d'**autres modalités d'aide et d'accompagnement** de la dyade et de sa famille.

Dans la plupart des cas (n=12), il s'agit de l'intervention de la Protection Maternelle et Infantile notamment par des visites à domicile de la puéricultrice.

Dans les cas de placement de l'enfant (n=6), un éducateur intervient auprès des parents et de l'enfant sur ces situations.

Pour six dossiers, il est retrouvé l'aide de Techniciennes de l'Intervention Sociale et Familiale à titre Éducatif (TISFE) ou d'aide-ménagères.

Une patiente a bénéficié de l'intervention à domicile de sages-femmes dans le cadre de l'hospitalisation à domicile et/ou libérales.

Pour un autre enfant souffrant de troubles somatiques graves, des soins à domicile étaient assurés par un kinésithérapeute et une infirmière libérale.

- Mode de garde de l'enfant

Près de deux tiers des enfants sont gardés à la sortie d'hospitalisation par leur mère : exclusivement par elle pour 58% des cas ou conjointement avec un autre mode de garde pour 6,4% (crèche et centre maternel).

Un enfant est gardé par une assistante maternelle, trois autres vont totalement ou en partie en crèche.

6. Discussion

6.1. Autour de l'accueil et de l'organisation des soins pour les dyades mère-bébé hospitalisées au sein de la Clinique Intersectorielle du CPN

Le projet d'ouverture d'un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé a été soumis lors de la création de la Clinique Intersectorielle au Centre Psychothérapique de Nancy, unité d'hospitalisation pour adultes consentant librement aux soins. Ouvert en fin d'année 1999, il a nécessité de réfléchir à la place qu'allait prendre cette dyade mère-enfant au milieu de 20 autres patients adultes hospitalisés simultanément et souffrant de pathologies diverses.

L'accueil dans cette unité de psychiatrie générale a longtemps été pensé. La mère y est hospitalisée librement, quant à l'enfant, il a un statut d'accompagnant et non de malade. La sécurité de l'enfant doit être assurée. La chambre de la mère et l'entrée à la nurserie ne doivent pas être accessibles aux autres patients. Le personnel doit être d'autant plus vigilant lors de prise en charge mère-bébé ce qui lui demande un surcroît de travail et de surveillance.

Les modalités d'hospitalisation, toujours basées sur l'adhésion aux soins, nécessitent une bonne évaluation des troubles présentés par la mère.

Seules les patientes adhérant au projet de soins qui leur est fait et pour lesquelles la présence continue d'une tierce personne est tolérable, peuvent y être accueillies. Le profil clinique des mères, et plus largement le profil des patients hospitalisés à la Clinique Intersectorielle, est alors en partie façonné par ces modalités d'accueil : peu de mères souffrant de troubles bipolaires ou schizophréniques, de psychoses puerpérales en phase de décompensation mais une majorité de mères présentant des troubles dépressifs sans éléments psychotiques et des troubles névrotiques.

En cas d'aggravation des troubles psychiatriques présentés par la mère, il n'est pas possible de modifier le mode d'hospitalisation sans recourir à un transfert de la mère dans un

service de psychiatrie générale fermé et un placement en urgence de l'enfant, au mieux dans sa famille, parfois dans une structure d'accueil d'urgence. Effectivement, dans les situations qui amènent la mère à quitter la Clinique Intersectorielle, l'enfant, ayant un statut d'accompagnant, est inévitablement contraint de quitter les lieux.

Une des particularités de la Clinique Intersectorielle est de ne pas admettre des dyades sur décision judiciaire. L'indication se fait uniquement sur des arguments cliniques au mieux après une consultation de pré-admission ou après contact avec un professionnel de la santé mentale.

La pratique de la prise en charge des hospitalisations conjointes mère-bébé à la Clinique Intersectorielle reste cependant irrégulière, discontinue dans le temps. À certaines périodes des demandes sont refusées faute de place, à d'autres le lit reste inoccupé. Elle est également singulière par l'existence d'un seul lit d'hospitalisation donc la prise en charge d'une dyade à la fois.

Pour les dyades, cela signifie que les prises en charge sont individuelles. Pour les mères, elles peuvent être en groupe (c'est-à-dire avec les autres patients du service) mais sans les enfants. Il n'y a pas d'observations possibles de mères entre elles, de mouvements identificatoires, de partage d'expériences qui peuvent parfois adoucir les opinions radicales sur certains sujets. Les thérapeutes ne peuvent s'appuyer sur une dynamique de groupe que nous savons pourtant porteur de messages. Le groupe de mère-bébé permet aussi une observation par l'équipe soignante moins intrusive des liens mère-enfant qu'en individuel, plus facilement acceptée par certaines femmes.

Pour l'équipe soignante, le travail avec une unique dyade prend une dimension d'exclusivité puisqu'elle n'est confrontée qu'à une mère et un seul enfant. Il convient alors de trouver la bonne distance avec l'enfant sans le laisser devenir la mascotte du service. Nous savons l'admiration qui peut être portée à un bébé, le pouvoir, si tout va bien, qu'il a à attirer le regard et l'attention d'autrui. Il est alors question de travailler avec les mouvements émotionnels des soignants, ce qui peut se faire en réunion ou en supervision.

Les soins et l'accompagnement des dyades, dans l'idéal quotidiens, tout du moins réguliers, permettent d'affiner les prises en charge des équipes soignantes. Au fil du temps, les observations deviennent plus fines, la pratique est examinée, critiquée, modifiée,

s'appuyant sur le partage des expériences de chacun. Ce travail de réélaboration de sa pratique nécessite un certain turn over, ce qui pèche à la Clinique Intersectorielle qui compte un nombre limité d'hospitalisations conjointes compte tenu de la présence d'un lit unique au sein de la structure.

La proximité avec les autres patients est à évaluer. Pour les autres patients hospitalisés simultanément, la présence d'une mère avec son enfant est singulière car peu commune en service de psychiatrie. Elle est de plus unique dans l'unité, donnant une place particulière à la dyade dans le dynamisme du service. Certains peuvent trouver un effet bénéfique sur leur propre histoire en compagnie de l'enfant ou bien se sentir stimulés par la présence d'un enfant qui leur rappelle l'existence du monde extérieur. Pour d'autres, elle peut être source d'inquiétude ou de souffrance dont il faut les protéger.

La place du père de l'enfant, lorsqu'il est présent, reste primordiale lors de l'hospitalisation d'une dyade à la Clinique Intersectorielle. L'équipe soignante a une réelle volonté de l'associer aux temps quotidiens auprès de son enfant (soins journaliers, jeux, repas) mais également de participer au projet de soins de la mère. Elle se doit également de garder une écoute attentive face aux sources d'angoisses que peuvent provoquer, chez lui, les troubles psychiques de sa compagne. Le travail qui y est fait se tourne donc vers la mère et vers le père.

Le père a rôle essentiel puisqu'il va reconnaître sa femme comme étant mère de leur enfant, la soutenir et soutenir l'établissement des premiers liens mère-bébé (7). Au Canada, Misri et al. ont montré l'amélioration des troubles psychiques maternels liée au soutien des conjoints lors d'un traitement de type psycho-pédagogique de mères en couple souffrant de dépression du post-partum comparé à des mères présentant la même pathologie mais sans conjoint (26,27). Nous savons, par ailleurs, que le lien d'attachement du bébé se construit également avec le père. Comme le précisent Brazelton et Cramer « lorsque le père est réellement présent (psychiquement et géographiquement), les bébés démontrent des capacités d'attachement envers lui presque aussi tôt qu'en ce qui concerne la mère »(28). Sa présence dans l'unité a, par conséquent, toute son importance tant pour la mère que pour l'enfant.

6.2. Discussion autour des résultats de notre étude

Notre effectif peut paraître faible (31 dyades) en comparaison d'autres études dont nous ferons mention. Cependant, notre population est exhaustive et représentative des prises en charge mère-bébé de la Clinique Intersectorielle.

6.2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la mère

Nous proposons, pour donner plus de clarté à nos résultats, de les regrouper dans un tableau comparant les données nationales issues de l'Enquête Nationale Périnatalité 2010 concernant les femmes en suites de couches dans la population générale et les données de la littérature. Ces différents points sont discutés par la suite.

| | Femmes vivant en couple | Femmes en invalidité | Femmes en activité professionnelle avant la naissance | Femmes d'origine étrangère |
|--|-------------------------|---|---|----------------------------|
| Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | 80% | 7,5% | 26% | 20% |
| Durand et al. 1994(24) 130 mères-étude monocentrique | 60% | | | 30% |
| Glangeaud et al. 2004(16) 147 mères-étude pluricentrique | 76% | 14% | 29% | |
| Glangeaud et al. 2009(16) 869 mères-étude pluricentrique | 66% | 13% | 30% | 20% |
| Enquête nationale périnatalité 2010(29) | 93% | 1% (Enquête nationale périnatale 2003(30)) | 67.2% | 13.3% |

Tableau 16 : Données comparatives sociodémographiques et professionnelles des mères hospitalisées

1) Âge de la mère

Dans notre étude, les mères admises avec leur bébé en hospitalisation conjointe ont un **âge moyen de 29,5 ans**, avec une fourchette allant de 18 à 40 ans.

L'âge moyen de ces mères est **semblable à celui des mères en suites de couches dans la population générale** qui est de 29,9 ans en 2008 (29).

Parallèlement, il faut noter que ces chiffres correspondent aux données rapportées par d'autres études plus anciennes (Cazas à Villejuif, Durand à Créteil, Protheroe à Newcastle)(24).

→ **L'âge moyen à l'admission en hospitalisation conjointe des mères dans notre étude correspond aux données épidémiologiques et à celles d'études similaires.**

→ **La similitude entre l'âge moyen des mères en suites de couches dans la population générale et celui des mères dans les différentes études sur les UMB est étonnante. Effectivement, nous nous attendions à trouver une population plus jeune puisque nous savons que la primiparité (surreprésentée dans notre population, nous le verrons) laisse entendre un jeune âge de ces femmes.**

2) Immigration et déracinement

Nous avons relevé que **20% de notre population**, soit 6 patientes sur 31, sont **d'origine étrangère**. Nous regrettons de ne pas avoir pu préciser plus formellement leur date précise d'arrivée en France par rapport à leur grossesse pour apprécier l'impact d'un déracinement récent.

13% (n=4) des patientes ont récemment déménagé ou vont déménager lors de l'hospitalisation de la dyade : deux patientes ont été amenées à déménager dans une autre région de France à leur sortie d'hospitalisation du fait de rapprochement de conjoint, deux autres encore ont quitté leur lieu d'habitation pour venir s'installer dans un centre maternel au sein de la même région.

Dans l'Enquête Nationale Périnatalité 2010 (29), 13,3% des femmes sont de nationalité étrangère et 18,2% sont nées hors de France. Parmi les femmes nées à l'étranger et

résidant en France au moment de la naissance de l'enfant, près de 10% sont arrivées en France pendant ou peu avant la grossesse.

Dans l'étude de Durand (1994, UMB de Créteil)(24), il est noté que près de 30% des patientes sont d'origine étrangère, 10% des françaises sont originaires des DOM-TOM. Ce pourcentage plus conséquent que le notre peut poser la question du recrutement en Lorraine dont la population d'origine étrangère est moins nombreuse (les immigrés en région Lorraine représentent 7.8% de la population lorraine contre 20,7% en Île-de-France) (31,32).

Il a souvent été souligné la fréquence du déracinement dans l'histoire des mères hospitalisées conjointement (5,24) ainsi que l'isolement social et culturel qu'il peut engendrer. Il est alors nécessaire pour la mère d'établir des relations avec le nouveau monde dans lequel elle se trouve, de s'imprégner de nouvelles habitudes de vie, tout en établissant des relations avec son enfant. Elle doit élaborer en parallèle la séparation d'avec sa famille d'origine et en particulier sa mère.

Nous savons que grossesse et accouchement constituent des périodes de remaniement et de fragilité psychiques. L'équilibre antérieur de chacune de ces femmes est doublement rompu : par la maternité et par la situation de déracinement. Cette rupture nécessite des capacités de réorganisation et des adaptations aux changements physiques, psychiques et à leur nouveau statut familial et social. Comme le souligne Moro, l'exil fait perdre l'accompagnement et l'étayage familial ainsi que le sens des représentations culturelles que ces femmes avaient jusque-là (33).

Parallèlement, les pratiques médicales occidentales et les gestes techniques qui en découlent, peuvent être vécus comme des actes violents tant physiquement que psychologiquement pour ces femmes qui ne les connaissent pas. Elles se retrouvent parfois confrontées à des questions auxquelles elles ne sont pas préparées (comme cela peut être le cas lors de la proposition du dépistage prénatal de la trisomie 21).

Madame F. est née en Chine où vit l'ensemble de sa famille. Elle réside en France depuis 5 ans, n'a pas d'activité professionnelle et se décrit isolée socialement. Elle s'est mariée à un homme d'origine française deux ans auparavant. Ils ont l'un et l'autre désiré cette grossesse. Madame F. est suivie par un psychiatre en période anténatale pour un trouble anxio-dépressif. Elle s'inquiète beaucoup pour le retour à domicile après la naissance de sa fille. En suites de couches, toutes ses sœurs ont adopté les comportements recommandés

par la médecine traditionnelle chinoise afin de préserver leur santé ultérieure. Selon ces conseils, les jeunes mères doivent rester couchées le mois suivant l'accouchement et se laisser prendre en charge par leurs proches : mère, belle-mère ou conjoint. Aucun membre de la famille de Mme F. ne peut faire le déplacement jusqu'en France. Quel compromis trouver entre le respect des coutumes chinoises et la réalité des pays occidentaux ? Madame F. sera hospitalisée 10 semaines après la naissance de sa fille compte-tenu de troubles psychotiques aigus.

→ Nous retrouvons, dans notre population, plus souvent de femmes d'origine étrangère que dans la population générale (20% contre 13%) (29), ce que corroborent les données de la littérature.

→ Un nombre non négligeable de patientes a également été déraciné, tout du moins en partie, du fait d'un déménagement récent. Il en découle un isolement social et/ou familial pouvant engendrer ou aggraver une fragilité psychique chez ces mères. Quant au déménagement dans un centre maternel, il est déjà le témoin d'une vulnérabilité psychique, environnemental et donc d'un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique.

3) Lieu de vie

Au sein de notre population, **77% des patientes (n=24)** vivent dans le département **Meurthe-et-Moselle**.

Concernant les Meurthe-et-Mosellanes, **79% vivent à Nancy et sa grande couronne** (Annexe 2): 42% (n=10) vivent à Nancy même et 37% (n=9) dans la banlieue proche. Parmi les patientes vivant à Nancy, 4 vivent en Centre Maternel.

Une patiente (3,2% de la population) vit en Moselle, à Metz.

Cinq sujets (soit 16%) de notre population viennent des Vosges.

Il n'y a pas eu d'hospitalisation de patiente venant du département de la Meuse.

Une patiente habite dans un département limitrophe des Vosges où elle a accouché.

Nous constatons que la **majorité des dyades viennent de la Meurthe-et-Moselle** et plus spécifiquement de Nancy et du Grand Nancy. La faible indication émanant des autres départements de Lorraine pose question.

Une distance raisonnable entre le lieu de vie et le lieu d'hospitalisation facilite le travail de liaison avec les professionnels faisant partie de la communauté périnatale et la mobilisation des partenaires médico-socio-éducatifs. Elle permet probablement une meilleure acceptation de l'hospitalisation par la mère et sa famille. Elle implique également la possibilité d'implication du père dans la prise en charge de la dyade et des visites facilitées de la famille.

A contrario, les faibles indications venant des départements lorrains autres que la Meurthe-et-Moselle voire l'absence d'indications posent question.

→ Il est important de souligner la forte proportion de dyades habitant le département Meurthe-et-Moselle avec une nette prédominance pour Nancy et la Communauté Urbaine du Grand Nancy, c'est-à-dire aux environs de la Clinique Intersectorielle. Nous sommes tentés de croire que la proximité entre les lieux d'habitation et d'hospitalisation facilite, à la fois, la connaissance de la structure et des soins qui y sont proposés par les partenaires extérieurs et le travail en réseau entre les professionnels de terrain et ceux de la Clinique Intersectorielle.

→ Cependant, la faible demande, voire l'absence de demande, émanant des autres départements lorrains pose question. Ce lit est-il connu des professionnels médico-sociaux des autres départements de Lorraine ? Quelles alternatives à l'hospitalisation conjointe sont mises en place ? Nous pouvons penser à des habitudes de collaborations pour ces départements de Lorraine avec d'autres villes universitaires (comme par exemple la Moselle et Strasbourg).

4) Situation conjugale

Au sein de notre population, **81% des femmes** (soit 25 patientes) **vivent en couple** : 42% de femmes mariées, 39% de femmes vivant en concubinage. Deux d'entre elles font état de difficultés conjugales notamment de violences intraconjugales.

Pour les **19% de femmes célibataires**, leur relation de couple a pris fin au cours de la grossesse. La plupart d'entre elles rapporte des violences conjugales avant leur séparation et vit en foyer maternel. Elles ont le plus souvent moins de 25 ans lors de l'hospitalisation. Seule une mère célibataire a encore des nouvelles de son ex-conjoint qui garde une place auprès de l'enfant. Les autres sont perdus de vue. Une patiente seulement parmi les femmes célibataires a une activité professionnelle.

Selon Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009), 39% des parents sont mariés, 66% des pères vivent avec la mère de leur enfant (16).

→ Dans notre étude, les femmes sont moins souvent en couple que dans la population générale (tableau 16) : 80% contre 93%, mais notre pourcentage est plus important que celui de l'étude de Nine Glangeaud et coll. 2009.

5) Niveau d'études

Dans notre étude, **63,2%** des patientes ont un **niveau d'études inférieur ou égal au BEP/CAP. 36,8% ont obtenu leur baccalauréat**, avec 26,3% d'entre elles qui ont poursuivi une formation après son obtention (15,8% de notre population ont un niveau jusque BAC+2, 10,5% ont plus qu'un BAC+2).

L'Enquête Nationale Périnatalité 2010 (29) affirme que 51,8% des femmes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat (contre 42,6% en 2003 (30)) : 21,3% jusqu'au BAC+2 et 30,5% supérieur au BAC+2. Ce chiffre est de 48,2% dans les régions Est de la France.

→ Les femmes de notre population ont un niveau d'études bien inférieur à celui de la population générale (26,3% ont obtenu leur baccalauréat contre 51,8%) et à celui de la population habitant dans la région Est de la France (26,3% contre 48,2%).

Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009) avance que 35% des patientes hospitalisées en UMB ont le BAC ou plus, 46% ont suivi des études secondaires, 16% ont un niveau primaire ou inférieur et pour 3% l'information n'a pu être obtenue (16).

→ **Nous retiendrons que, dans notre population, le niveau d'études est concordant aux données de la littérature. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'un faible niveau d'études est corrélé à plus de précarité ou de difficultés dans l'enfance d'ordre psychologique.**

6) Activité professionnelle

Nous constatons une minorité de femmes ayant une activité professionnelle au moment de leur hospitalisation avec leur enfant (**26% de notre population**). Dans la population de femmes sans emploi, nous remarquons également une plus grande proportion de femmes célibataires que de femmes en couple (80% contre 72%).

Selon l'Enquête Nationale Périnatalité 2010 (29), 67,2% des femmes ont un emploi à la fin de leur grossesse, nous pouvons penser qu'elles le reprendront à la fin de leur congé maternité ou parental.

D'autres études, comme celles Glangeaud-Freudenthal (2009) (16), retrouvent une faible proportion de femmes ayant une activité professionnelle avant la naissance de leur enfant (30% des cas).

→ **Les femmes ont moins souvent une activité professionnelle avant leur hospitalisation conjointe avec leur enfant que la population générale (26% contre 67%), les chiffres sont cependant comparables à ceux retrouvés dans d'autres études (16).**

7) Situation d'invalidité

7,5% des femmes (n=2) perçoivent l'AAH.

Les situations d'invalidité sont estimées à 13% dans l'étude de Glangeaud-Freudenthal et coll. 2009 (16).

→ **Les femmes sont plus fréquemment en invalidité dans notre population que dans la population générale (7,5% contre 1%) (30). Ce chiffre est néanmoins inférieur à celui retrouvé dans l'étude de N. Glangeaud, probablement lié au fait que la Clinique**

Intersectorielle a un recrutement de patients présentant moins de troubles psychiatriques chroniques pouvant évoluer vers un déficit donc probablement moins souvent bénéficiaire de l'AAH.

8) Qualité de l'entourage familial

Pour la moitié des patientes de notre travail, l'entourage familial est décrit comme n'étant pas soutenant pour elles malgré leur proximité géographique. 13% des femmes n'ont pas de famille suffisamment proche d'elles géographiquement pour leur apporter le soutien espéré. Enfin, seulement 22,6% des femmes affirment avoir un entourage soutenant et proche géographiquement d'elles.

Dans l'Enquête Nationale Périnatalité 2010 (29), 5,6% des femmes se disent peu ou pas entourées par leur entourage (respectivement 4,2% et 1,4%), contre 94,4% des mères qui affirment être bien ou très bien entourées.

→ Il est important de souligner qu'une grande proportion de mères (51%) se dit peu ou pas entourée et soutenue par leur entourage proche c'est-à-dire famille/belle-famille. Ce chiffre est particulièrement frappant par son importance puisqu'il est estimé à 5,6% dans la population générale.

→ Nous sommes enclins à croire, à partir de ces données, que notre population est grandement isolée sur le plan affectif et familial. Nous pouvons formuler l'hypothèse que cet isolement constitue un important facteur de risque de troubles psychiques en période périnatale sans que nous puissions déterminer de lien direct avec les différentes pathologies.

9) Antécédents personnels de traumatismes

Les traumatismes dans l'enfance des femmes hospitalisées de notre étude sont très fréquemment relevés. Ils sont objectivés dans les **deux tiers des dossiers** quelle qu'en soit la nature. Nos chiffres ne reflètent cependant qu'une partie de la réalité puisque dans de nombreux dossiers ces données ne sont pas transcrites. Nous avons préféré les coter comme

données non renseignées, et non comme n'existant pas, laissant ainsi le doute quant à leur existence et à leur absence d'évocation ou de retranscription dans les dossiers médicaux.

Nous avons choisi de rapprocher nos résultats de ceux de la population générale définie par l'enquête nationale ENVEFF. Cette enquête a permis d'obtenir des informations sur les violences que les femmes ont pu subir dans leur vie et notamment dans leur enfance (34).

- Placement :

Les femmes admises à la Clinique intersectorielle pour une hospitalisation conjointe avec leur bébé ont plus souvent vécu un placement dans leur enfance : **16,10% contre environ 2% pour la population générale** chez laquelle nous retrouvons une mesure d'assistance éducative ou un placement dans l'enfance (34,35).

Ce chiffre s'approche de ce qui est rapporté dans la littérature. En effet, selon l'étude de Chardeau et Lafont (18), 23% des femmes ont été placées dans leur enfance. Pour Glangeaud-Freudenthal et coll. (16), 24% des femmes admises dans les unités mère-bébé participant à l'étude ont vécu un placement.

- Maltraitance et abus sexuels :

Dans notre étude, **32,30%** des femmes affirment avoir subi des **maltraitements** physiques et/ou psychologiques, **25,80%** évoquent des **abus sexuels** dans leur enfance.

Ces chiffres sont bien supérieurs à ceux constatés dans la population générale, puisque selon l'enquête nationale ENVEFF, 3,9% des femmes ont subi dans leur enfance des sévices ou des coups répétés, 4% des agressions sexuelles avant l'âge de 15 ans (34).

D'après l'article de Chardeau et Lafont de 2007, les femmes hospitalisées en UMB ont été victimes de maltraitance et/ou d'abus sexuels dans 27% des cas (18).

Toujours selon l'étude de Glangeaud-Freudenthal (2009), 16% des patientes ont vécu des maltraitements, 14% des femmes ont subi des abus sexuels (16).

- Expériences traumatiques :

Il nous a paru important de faire référence à ces expériences vécues comme des traumatismes ou induisant une séparation d'avec une figure parentale ou un environnement sécurisant. C'est ainsi que nous avons retrouvé 10 situations rentrant dans ce cadre soit **un tiers de notre population**.

Dans ces expériences, nous retrouvons plusieurs deuils ou abandons parentaux, pouvant entraîner des réactions dépressives, un manque de contenance lié à des discontinuités et une fragilité narcissique.

Peu de données sont retrouvées dans la littérature. Nous pouvons cependant reprendre les données de l'enquête nationale ENVEFF qui retrouve dans l'enfance des femmes de la population générale 14,4% de privations matérielles, 14,6% une tension et un climat de violence entre les deux parents et 11,6% de problèmes d'alcoolisme ou de drogues dans la famille proche.

L'étude UMB-SMF sur la période 2001-2004 coordonnée par N. Glangeaud s'est également penchée sur ces autres types de traumatisme. Il a été retrouvé dans 29% un contexte familial très perturbé (35-37).

→ Il y a une surreprésentation dans notre population de femmes ayant subi dans leur enfance des placements, des maltraitances et/ou des abus sexuels en comparaison à la population générale décrite dans l'enquête ENVEFF (34). Ces données sont concordantes avec les données de la littérature.

→ Concernant les expériences traumatiques ou de vécus de séparation précoces, il semble fréquemment retrouvé dans notre population. Il serait délicat de formuler avec certitude des hypothèses de cause à effet mais il nous semble important de porter un intérêt à ce type d'événements qui pourrait au même titre conduire à un surcroît de prévention lors du suivi de grossesse et au décours de l'accouchement.

- Antécédents de traumatismes dans l'enfance et transparence psychique

Monique Bydlowski évoque la transparence psychique comme étant un état relationnel particulier de la femme enceinte (38). Au cours de leur grossesse, les femmes laissent facilement émerger leur inconscient, les souvenirs traumatiques peuvent alors revenir à la surface et envahir la conscience de ces femmes. Effectivement, la maternité réveille les remémorations infantiles. Comme le précise S. Fraiberg dans son ouvrage « Fantôme dans la chambre d'enfant », des femmes habitées par des « fantômes » d'un passé traumatique douloureux peuvent être amenées à avoir des impulsions violentes et des carences graves à l'égard de leur bébé (39). L'intérêt d'une recherche attentive des antécédents de traumatismes est donc confirmé.

- Antécédents de traumatismes dans l'enfance et enjeux psychologiques au cours de la période périnatale :

Le dépistage des traumatismes sexuels lors du suivi de grossesse trouve tout son intérêt dans le but de dépister et prévenir les risques encourus par la mère et l'enfant à venir : reviviscence du traumatisme lors de la grossesse, de l'accouchement ou en période post-natale, retentissement sur l'exercice de la parentalité, parfois sentiments négatifs à l'égard de leur capacité maternante, perturbations des interactions mère-bébé...

Plusieurs auteurs s'accordent à dire que les traumatismes d'abus sexuels s'accompagnent d'une importante morbidité psychiatrique pour ces femmes. Certaines pathologies sont surreprésentées dans cette population comme les troubles graves de la personnalité, les abus de substances psychoactives, les troubles dépressifs...(40). Ces troubles psychiques peuvent décompenser en période périnatale nécessitant fréquemment suivi et soutien psychologique. Des études ont montré le risque accru de dépression pendant la grossesse ou après l'accouchement chez ces femmes (41). Darves-Bornoz a mis l'accent sur les conséquences psychiques des syndromes traumatiques du viol ou de l'inceste. Il rapporte des troubles de la personnalité secondaires à ces traumatismes (troubles limites de la personnalité, troubles phobiques et dissociatifs), des troubles anxieux et dépressifs, des addictions (42). Ces troubles représentent un risque pour l'enfant puisqu'ils retentissent sur l'exercice de la parentalité, perturbent les interactions parents-enfants, altèrent les capacités des mères à offrir un environnement psychoaffectif satisfaisant à l'enfant alors que paradoxalement ces mères sont souvent dans un grand désir de réparation (40,41).

Durant la grossesse, une angoisse surgit souvent aux premiers mouvements du fœtus (43). M. Rouyer, dans « Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'inceste » (44), évoque la peur de ces femmes de lui faire du mal. Ceci est repris par C. Bonnet avec « la formation d'impulsions infanticides » au cours de la grossesse (45).

Plus tard, concernant les interactions précoces mères-enfants, il a été soulevé la difficulté pour certaines femmes de faire confiance à d'autres, voire même au conjoint, pour la réalisation des soins du nourrisson, notamment les soins du sexe de l'enfant qui semblent avoir une dimension intrusive. Cet état entraîne une hypervigilance anxieuse des mères pouvant retentir sur la vigilance de l'enfant lui-même car continuellement stimulé. D'autres se sentent incapables d'élever leurs enfants (43).

Madame L. est admise à la Clinique Intersectorielle pour syndrome dépressif 1 mois après son accouchement. Elle a presque 20 ans, est séparée du père de l'enfant compte-tenu de violences conjugales, est désocialisée et vit avec sa fille en centre maternel. Madame L. est déjà bien connue des services de psychiatrie du CPN en raison d'une enfance perturbée par des placements dans de multiples structures d'accueil suite au décès par homicide de sa mère et à l'abandon de son père, de tentatives de suicide et d'un alcoolisme chronique non sevré. Rapidement après son retour de la maternité, elle décrit une grande tristesse et une difficulté à s'occuper de sa fille qui l'amène à s'interroger sur le bien-fondé de la garder auprès d'elle. Elle avoue d'ailleurs avoir consommé alcool et cocaïne pendant la grossesse pour y mettre un terme. « J'ai peur de ne pas être une bonne mère ! ».

→ Les événements traumatiques dans l'enfance sont très fréquemment pourvoyeurs de difficultés d'interactions mère-enfant. De plus, ils peuvent induire chez ces femmes des troubles psychologiques en amont et/ou en aval de la naissance de l'enfant. Nous savons par ailleurs que l'environnement joue un rôle indéniable dans la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent en voie de devenir adulte.

10) Mesures éducative ou placement pour la fratrie de l'enfant admis avec sa mère en hospitalisation conjointe

Nous retrouvons dans environ **un quart des cas** où il y a déjà une fratrie, des décisions de placement ou des mesures éducatives pour les enfants aînés. Nous sommes amenés à penser que les femmes qui sont hospitalisées conjointement avec leur bébé présentent souvent des difficultés d'ordre éducatif et/ou judiciaire, déjà symptôme de leur vulnérabilité psychique, sociale et environnementale.

De plus, le contexte sociojudiciaire de la famille représente un facteur qui intervient dans la décision de signalement et un facteur de risque de séparation mère-bébé (Glangaud et al. 2003 et 2004, Poinso et al. 2002).

→ **Au terme de cette partie, nous retenons qu'en plus des difficultés psychologiques, les femmes constituant notre population sont souvent isolées sur le plan familial et peu insérées sur le plan socioprofessionnel. Aux conditions sociales précaires, s'ajoute un développement psychologique dans l'enfance de la plupart de ces patientes dans un environnement instable, souvent carencé sur le plan affectif laissant des traces à l'âge adulte.**

6.2.2. Caractéristiques cliniques de la mère

1) Primiparité

Dans notre étude, 19 patientes sont primipares, soit **61,3% de la population globale**.

Le **nombre de primipares** est **plus important** dans notre étude que dans la population générale (61,3% contre 43,4%) (29). Il se rapproche par contre des chiffres retrouvés par les autres études (Glangeaud, Cazas) qui retrouvent respectivement 62% et 61%. Ce chiffre est encore plus important dans l'étude de Durand qui retrouve 75% de primipares.

| Etudes | Pourcentage de primipares |
|---|---------------------------|
| Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | 61% |
| Cazas et al. 1990 (5,46) 52 mères-étude monocentrique | 61% |
| Durand et al. 1994 (24) 130 mères-étude monocentrique | 75% |
| Glangeaud et al. 2004 (16) 176 mères-étude pluricentrique (France + Belgique) | 62% |
| Enquête nationale périnatale 2010 (29) | 43,4% |

Tableau 17 : Données comparatives concernant la primiparité des femmes hospitalisées conjointement

→ **Il y a une surreprésentation de femmes primipares parmi les mères hospitalisées conjointement avec leur bébé comme le stipulent des études similaires.**

Il a été démontré que la primiparité représente un facteur de risque pour certaines pathologies psychiatriques, notamment la dépression du post-partum mais également la psychose puerpérale puisque 50 à 70% des femmes en souffrant sont primipares (47-50).

2) Antécédents obstétricaux antérieurs à la grossesse

Un nombre non négligeable de femmes présente des antécédents obstétricaux antérieurs à cette grossesse, que ce soit d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), de

fausses-couches spontanées (FCS) ou plus rarement d'interruptions médicales de grossesse (IMG) ou de mort subite du nourrisson (MSN).

Concernant les IVG, 5 femmes sur les 19 dont les dossiers sont renseignés en ont fait mention soit 26%. Ce chiffre est nettement supérieur à celui retrouvé dans la population générale qui est de 15,5% même si l'on considère que les résultats sont souvent sous-déclarés (29).

20% des femmes n'ont pu mener une grossesse antérieure à terme du fait de fausses-couches spontanées, d'interruptions médicales de grossesse ou de grossesse molaire. Deux femmes ont perdu prématurément leur enfant : la première suite à une mort subite du nourrisson à 12 jours de vie, la seconde compte-tenu d'une grande prématurité à 3 jours de vie. Ces situations de perte d'un enfant à venir ou nouveau né ont pu éprouver ces mères. La culpabilité que certaines peuvent ressentir, le sentiment d'incapacité à pouvoir donner la vie ou la maintenir nécessitent parfois un accompagnement vers le travail de deuil et un soutien afin d'envisager sereinement une nouvelle grossesse.

→ Les femmes de notre population ont plus souvent vécu des interruptions volontaires de grossesse. Plusieurs hypothèses peuvent être faites : ces femmes sont-elles plus instables dans leur relation de couple ? Présentent-elles plus de difficultés sociales nécessitant de différer un désir d'enfant pour l'accueillir dans des conditions plus favorables ? Quelle est la part de l'ambivalence par rapport à la décision de devenir mère ou non ?

→ Elles ont également souvent vécu le deuil d'un enfant encore imaginaire ou réel ce qui peut contribuer à l'apparition de troubles psychiques en période périnatale.

Des corrélations significatives ont été mises en évidence entre la survenue de troubles dépressifs anténatale pouvant évoluer en période post-natale et les antécédents d'accidents obstétricaux ou d'avortement (47). De même, selon Ferreri, les antécédents de mort d'enfant, d'avortement, de stérilité et de deuil récent représentent des facteurs de risque de présenter une psychose du post-partum (51).

→ Il est tout à fait pertinent de rechercher des antécédents obstétricaux chez les femmes en période anténatale à visée préventive puisqu'ils constituent un facteur de risque de décompensation de troubles psychiatriques telles que la dépression anténatale et du post-partum.

3) Antécédents somatiques

Trois patientes de notre étude présentent des troubles somatiques graves, handicapants ou de pronostic défavorable. Pour deux de ces trois troubles (sclérose en plaque et syndrome de Di Georges), ils peuvent être associés à des troubles psychiatriques et il paraît important de garder à l'esprit leur intrication. Ils peuvent à eux seuls altérer les soins à apporter à un nouveau-né puis à un nourrisson mais également la relation mère-enfant. Pour la patiente souffrant de sclérose en plaque intriqué avec des TOC invalidants sans relai familial, l'issue de son hospitalisation s'est d'ailleurs soldée par un placement puisqu'elle était dans l'incapacité de fournir à l'enfant les soins qui lui étaient nécessaires. L'hospitalisation a essentiellement servi à préparer la séparation de la mère et de son enfant.

Il paraît alors tout à fait justifié de nous pencher sur les conséquences qu'induisent certaines atteintes somatiques mêlées à des pathologies d'ordre psychiatrique. Ces troubles associés à un isolement familial et social peuvent avoir des conséquences importantes sur le quotidien des mères avec leur enfant et sur le maintien de l'enfant au domicile parental. Ceci mène à des réflexions sur les dispositifs à mettre en place en amont, dès le suivi de la grossesse. L'entretien précoce individuel trouve ici toute sa place.

Nous n'avons pas relevé dans la littérature de données étayant cet item.

4) Antécédents psychiatriques

77% des patientes de notre population ont des antécédents psychiatriques que ce soit dans leur enfance ou à l'âge adulte, principalement des troubles dépressifs (38% des cas) très souvent associés à des tentatives d'autolyse, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (16%) et des troubles d'ordre névrotique (13%).

63% des femmes primipares ont des antécédents psychiatriques. Un quart de cette population a présenté des troubles dépressifs.

92% des femmes multipares présentent des troubles psychiatriques antérieurs.

La moitié de ces multipares avait présenté des syndromes dépressifs suite à leur grossesse antérieure sans qu'il y ait eu d'hospitalisation mère-bébé. Lors de l'hospitalisation conjointe à la Clinique, elles ont toutes récidivées (mis à part une femme qui a décompensé

sur un versant délirant) sur un mode étiqueté dépressif ou anxio-dépressif. Les données de la littérature confirment notre constatation. Effectivement, les antécédents personnels de dépression du post-partum constituent un facteur de risque de récurrence lors des grossesses suivantes de l'ordre de 25 à 30% (47,48,52,53).

Pour l'autre moitié des multipares, la majorité avait des antécédents de troubles dépressifs non liés à la grossesse qui pour les deux tiers ont récidivé lors de la grossesse qui a conduit à l'hospitalisation. Là encore, ces résultats concordent avec les données de la littérature puisque le risque de rechute dépressive en post-partum chez les femmes présentant des antécédents de troubles de l'humeur est très élevé, tournant autour de 50 à 70% (54).

→ Plus de trois quarts des patientes présentent des antécédents psychiatriques (92% des multipares, 63% des primipares).

→ Les résultats trouvés dans notre étude confirment bien les données de la littérature. En effet, les antécédents psychiatriques personnels, dépressifs et/ou anxieux, en lien ou non avec une grossesse antérieure, représentent des facteurs de risque majeurs de dépression du post-partum.

5) Antécédents psychiatriques familiaux

Nous notons dans notre étude une très forte proportion d'antécédents psychiatriques dans la famille de la patiente (19 dossiers sur 23 renseignés). Pour la plupart d'entre eux, il s'agit de famille du premier degré essentiellement les parents. Lorsque les troubles psychiatriques sont précisés, il est question majoritairement de troubles dépressifs et schizophréniques.

Les données de la littérature nous apprennent que les antécédents psychiatriques familiaux sont notamment un facteur de risque de dépression du post-partum et de psychose du post-partum qui représentent la moitié des diagnostics retenus pour notre étude (51).

→ Nous retiendrons que dans notre population, les antécédents psychiatriques dans la famille des patientes et surtout dans la famille du premier degré sont très souvent retrouvés. Ceci est concordant aux données de la littérature puisque des antécédents familiaux, notamment les troubles de l'humeur, sont des facteurs de risque importants pour les jeunes mères plus à risque de présenter des troubles dépressifs ou

une psychose puerpérale. Il faut également garder à l'esprit les facteurs génétiques et les facteurs environnementaux dans l'enfance de la mère qui ont pu conduire à des placements, des séparations précoces, un manque de contenance et des troubles de l'attachement avec tout le retentissement que nous lui connaissons sur le narcissisme et la fragilité psychologique.

6.2.3. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques du père de l'enfant

80% des mères vivent en couple ce qui signifie qu'en théorie 80% des pères sont présents auprès de la dyade lors de l'hospitalisation conjointe.

Pour un certain nombre de dossiers, nous nous sommes cependant rendu compte qu'il manquait un nombre important d'informations concernant le père, notamment des données sociodémographiques et sur sa santé mentale. Ceci peut éventuellement trouver une explication dans leur absence de participation à la prise en charge proposée à la dyade, les informations sont donc moins faciles à obtenir. Nous pouvons aussi penser que les soins sont essentiellement tournés vers la mère et son enfant. Pour d'autres situations, le père est perdu de vue et il n'a pas été possible de recueillir d'informations de façon indirecte par la mère (n=2).

1) Âge du père

En recalculant les pourcentages des tranches d'âge des pères sans prendre en compte les dossiers non renseignés, il est retrouvé 10% des pères ayant moins de 25 ans, 50% ayant entre 25 et 35 ans et 40% des pères ont plus de 35 ans.

→ Les données de notre étude semblent corroborer celles de l'INSEE qui retrouve un âge moyen des pères à la naissance des enfants de 32,7 ans en 2005.

2) Activité professionnelle du père

69% des pères de notre population ont une activité professionnelle lors de l'hospitalisation de leur compagne et de leur enfant mais 14% des dossiers ne sont pas renseignés.

Ce taux est de 88% pour les conjoints des femmes en suites de couches de la population générale au moment de la naissance de l'enfant (29).

Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009) rapporte que les pères ont une activité professionnelle connue lors de l'admission de la mère et de l'enfant dans 68% des cas. Toujours selon la même étude, seulement 26% des pères ont le niveau baccalauréat ou plus (16).

→ **Les pères de notre population semblent avoir une activité professionnelle dans les mêmes proportions que ceux d'autres études mais exercent moins souvent une profession par rapport à la population générale de jeunes pères. Ceci est probablement à mettre en lien avec les situations sociales précaires de ces couples.**

3) Antécédents psychiatriques personnels du père

Il est important de connaître ou d'évaluer la santé mentale des pères car ils ont une place essentielle auprès de leur compagne afin de les aider à leur donner accès à leur fonction parentale et soutenir l'établissement des premiers liens mère-bébé.

Il s'agit d'un item pour lequel de **nombreux dossiers** ne sont **pas renseignés** (16 dossiers sur 29).

Nous retrouvons **38% de pères qui ont ou ont eu des troubles psychiatriques** ce qui représente un chiffre extrêmement important, tout comme ceux retrouvés dans d'autres études. Il a été retrouvé la notion d'une hospitalisation pour un père, soit 9% de la population de pères ayant des antécédents psychiatriques.

Effectivement, selon les études, de 12 à 50% des pères, ou conjoints de la mère hospitalisée souffrent d'un trouble ou présentent des antécédents psychiatriques (18,36,55).

Pour Lovestone (Lovestone et Kumar, 1993), 40% environ des compagnons des femmes hospitalisées pour des troubles mentaux puerpéraux présentent eux-mêmes une pathologie psychiatrique (16). M. David (1987) montre aussi que les troubles de la paternité coexistent assez souvent avec les troubles maternels.

Les dossiers recueillis en 1999-2000, analysés dans l'étude multicentrique (8 grandes unités mère-bébé en France et 3 en Belgique), faite en collaboration avec le groupe de recherche UMB-SMF, coordonnée par Nine Glangeaud-Freudenthal, ont objectivé que 47% des conjoints ou pères des bébés hospitalisés avec leur mère n'ont pas de pathologie ou

d'antécédent de troubles psychiatriques. Dans 21% des cas, il n'y avait pas d'information sur leur santé mentale (16).

Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009) confirme et complète ces résultats : 49% des pères des bébés hospitalisés avec leur mère sont sans antécédent ou pathologie psychiatrique connue, et pour 30% il n'y avait pas d'information sur leur santé mentale. 21% des pères ont ou ont eu des troubles connus : 6% des troubles de la personnalité et du comportement, 4% des troubles affectifs bipolaires ou dépressifs, 3% des troubles schizophréniques et autres troubles délirants, 8% d'autres types de troubles. Dans moins de 10% des cas, ils avaient eu un traitement ou une hospitalisation psychiatrique (16).

→ Dans notre étude, un nombre très important de pères présente ou a présenté des troubles psychiatriques. Les chiffres que nous retrouvons sont concordants avec ceux retrouvés dans d'autres études.

→ Ces hommes néanmoins semblent constituer une population à risque puisque 38% des pères non perdus de vue de notre étude ont des antécédents psychiatriques, sur lesquels viennent s'ajouter le stress d'être nouvellement père et l'hospitalisation de leur compagne. Nous savons par ailleurs que la pathologie d'un des parents est un risque pour celle de l'autre parent. Le lien a souvent été fait entre la pathologie du conjoint et notamment la dépression paternelle sur l'évolution des symptômes de la mère, mais également les troubles psychiatriques présentés par le père, les répercussions négatives sur le développement psychoaffectif de l'enfant et le risque de placement de l'enfant. (26)

Ce qui frappe, cependant, lorsque nous étudions les données recueillies dans notre étude sur le père de l'enfant, c'est le manque important de renseignements sociodémographiques et de caractéristiques cliniques de santé mentale notamment, le concernant. Cette absence de données s'accroît encore lorsque le conjoint n'est pas connu par le personnel de la Clinique Intersectorielle. Ceci va en opposition avec la volonté de l'intégrer aux soins.

Le père de l'enfant est-il trop souvent absent ou inconnu de l'unité ?

Les mères, plus souvent célibataires au sein de l'unité que dans la population générale des femmes qui viennent d'accoucher, refusent-elles d'en parler ? Se censure-t-on de les questionner ? Elles qui souffrent déjà psychologiquement, il serait mal venu de leur rappeler leur isolement affectif.

De même, cette carence d'informations ne permet pas d'évaluer au plus juste l'environnement familial dans lequel évoluent la mère et son enfant. Quel soutien peut bénéficier cette mère lorsqu'elle est à domicile avec son conjoint ? Quel étayage et quels soins peuvent être apportés à l'enfant ? Comment s'implique cet homme dans sa paternité ?

6.2.4. Caractéristiques environnementales et cliniques lors de la grossesse et de la naissance de l'enfant

1) Facteurs de vulnérabilité

Le terme de « facteurs de vulnérabilité » a été repris de l'étude menée par Durand et coll. en 1994 (24). Il s'agit de facteurs environnementaux qui peuvent avoir une influence sur le bon déroulement de la grossesse et sur son vécu et parfois conduire à la survenue de troubles psychopathologiques.

Dans notre étude, nous retrouvons **chez toutes les femmes** un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité au cours de leur grossesse. Nous sommes amenés à faire le constat que, malgré leur nature très différente, ils se cumulent souvent chez nos sujets.

Chaque facteur de vulnérabilité a été recherché dans notre population et retranscrit dans le graphique suivant.

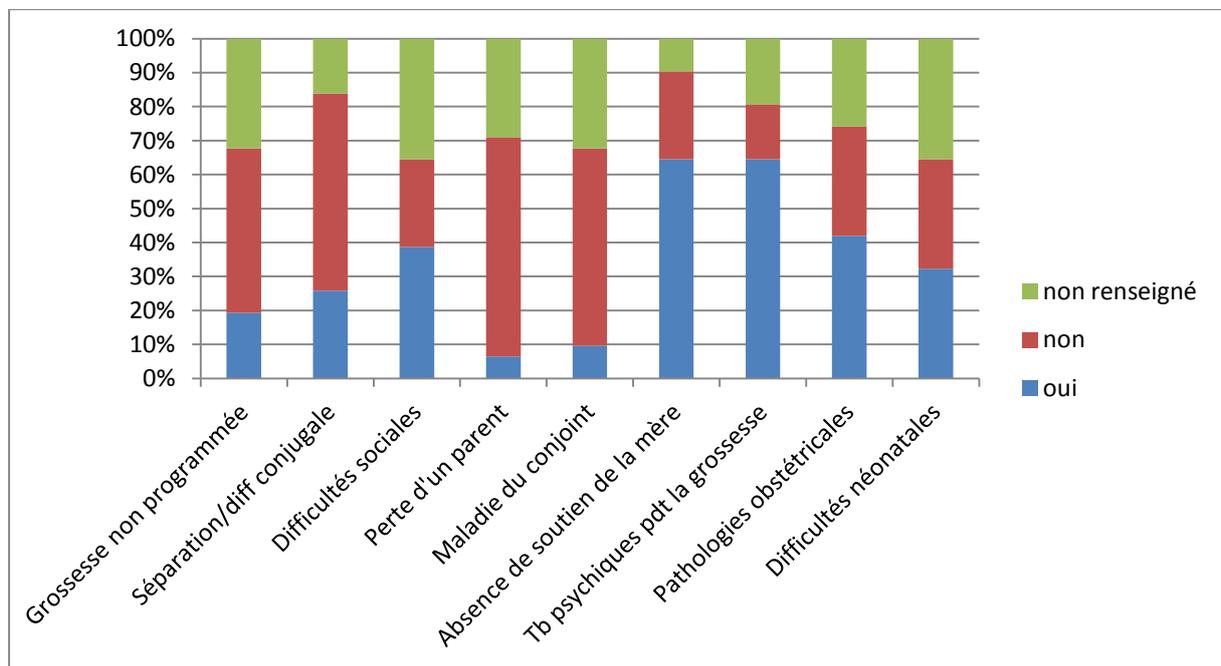


Figure 19 : Facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse

Certains chiffres sont marquants et en premier lieu l'absence de soutien de la mère de la patiente et les troubles psychiques au cours de la grossesse. Les difficultés obstétricales et néonatales ainsi que les difficultés sociales sont loin d'être rares.

Un autre tableau tente un rapprochement de nos données de celles des femmes en suites de couches de la population générale et de l'étude de Durand.

| | Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | Durand et al. 1994 130 mères-étude monocentrique | Enquête nationale périnatalité 2010 |
|---|---|---|---|
| Grossesse non programmée | 19.4% | 10.8% | 3,1% |
| Séparation conjugale | 25.8% (séparation ou difficulté) | 19.2% | 7,2% (dites célibataires) |
| Difficultés sociales | 38.7% | 33% | 22,9% (vivent de l'alloc chômage,API,RMI,RSA) |
| Perte d'un parent du 1 ^{er} degré | 3.2% | 7.7% | |
| Maladie du conjoint | 3.2% | 2.3% | |
| Absence de soutien apporté par la mère | 64.5% | 2/3 des cas | |
| Troubles psychiques pendant la grossesse | 64.5% (54,8% ont consulté) | 10.8% | 5,4% (ont consulté) |
| Pathologies obstétricales | 41.9% | } 11.6% (assoc de patho obst et néonatal) | |
| Difficultés néonatales | 32.3% | | |

Tableau 18 : Comparaison selon les études des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse

Nous retrouvons dans notre étude, une surreprésentation de femmes dont la grossesse n'a pas été programmée. Ceci est en lien avec les résultats détaillés par Durand. Selon lui, la grossesse est refusée explicitement par 3,9% des mères, 6,9% des pères. Cependant, non programmée ne signifie pas non acceptée, ces grossesses peuvent néanmoins expliquer des situations conjugales plus instables, peut-être une majoration des difficultés sociales. L'ambivalence par rapport au maintien ou non de la grossesse, l'hésitation à demander une IVG favorisent néanmoins probablement l'émergence de troubles psychiques.

De même, il y a une surreprésentation des séparations et des violences conjugales associées aux notions de solitude, de deuils récents de proches, d'isolement et de difficultés sociales ce qui crée autour de l'arrivée du bébé un climat assez instable, un manque de soutien et de contenance pour la mère.

L'absence de la mère de la patiente est extrêmement fréquente (20 patientes sur 31 soit 65% de notre population totale). Elle fait écho aux antécédents de traumatismes dans l'enfance de la patiente puisque 14 patientes sur les 20 ont subi dans leur enfance une forme de traumatismes. Nos données sont concordantes avec celles de Durand qui soulignent que dans 2 cas sur 3, la mère de la patiente n'est pas présente ou disponible au moment de l'accouchement de sa fille.

La mère de Madame C. l'a abandonné à 6 mois de vie. Élevée par ses grands-parents paternels, son père travaillant de nuit, Madame C. n'a revu sa mère que très ponctuellement jusqu'à ses 16 ans. A la naissance de sa fille, Madame C. ne se sent pas capable de subvenir à ses besoins, elle est angoissée par son regard qui lui semble pénétrant, elle y lit la honte et le reproche de ne pas être assez forte. « J'ai du mal à me sentir mère ! ». À son arrivée à la Clinique Intersectorielle, elle demande à ce qu'on s'occupe d'elle pour qu'elle puisse, à son tour, s'occuper de sa fille.

Dans notre étude, concernant les **troubles psychiques présentés pendant la grossesse**, nous pouvons constater que deux tiers des femmes souffrent de troubles psychiques pendant le pré-partum. Ce chiffre est beaucoup plus important quand dans l'étude de Durand, estimé à 10,8%. Il peut s'expliquer par la continuité des soins entrepris pendant la grossesse. Ces interventions en anténatal permettent des actions de prévention, un travail d'alliance thérapeutique et une préparation à l'accueil en hospitalisation conjointe mère-bébé. Nous verrons par la suite que grand nombre d'hospitalisation conjointe est demandé par la psychiatrie de liaison de la Maternité Régionale de Nancy. Sa double fonction, à la fois à la Maternité Régionale et à la Clinique Intersectorielle, facilite probablement l'hospitalisation de ces mères suivies initialement en pré-partum.

Il est important de rechercher de troubles psychiques au cours de la grossesse puisque nous savons que certaines pathologies du post-partum sont la prolongation ou la récurrence de troubles déjà présent pendant la grossesse, la dépression anténatale notamment est un facteur de risque de dépression post-natale (56).

D'autre part, les complications obstétricales rencontrées pendant la grossesse actuelle représentent des facteurs de risque de dépression anténatale et postnatale mais également de psychose puerpérale (48–50).

→ Des corrélations significatives ont été mises en évidence entre la survenue de certains troubles psychiatriques, et aux premiers rangs desquels la dépression du post-partum et la psychose puerpérale, et différents facteurs médicaux (complications obstétricales portant sur la grossesse actuelle) et socio-économiques (relations conjugales conflictuelles, isolement socio-affectif, maltraitance dans l'enfance). La primiparité et les sentiments négatifs ou ambivalents par rapport à la grossesse représentent également des facteurs de risque.

2) Sexe de l'enfant

Il y a dans notre étude une **nette prédominance de filles** : 58% de filles contre 42% de garçons.

Ce chiffre va à l'encontre de ce qui est constaté dans la population générale (47,7% de filles contre 52,3% de garçons) (29) et dans d'autres études.

Effectivement, dans la plupart des données concernant les bébés, les enfants hospitalisés sont en majorité de sexe masculin (21,24). Ce dernier constat corrobore bien le sex ratio observé en psychiatrie infanto-juvénile.

Dans l'étude de Durand, il est souligné que le taux de garçons passe de 2 sur 3 quand les mères présentent une psychose délirante aiguë (24). Cette dernière constatation n'est pas faite dans notre étude puisque nous retrouvons 3 filles pour 2 garçons lorsque le diagnostic de troubles psychotiques aigus et transitoires est posé pour les mères. Par contre, nous notons un sex ratio de 1,75 pour les filles lorsque le diagnostic de troubles dépressifs a été retenu. Ceci ne semble pas avoir été décrit dans la littérature. Nos résultats sont cependant à mettre en lien avec le petit effectif de notre population.

→ **Le sex ratio dans notre étude est de 1,4 pour les filles ce qui n'est pas décrit dans la littérature qui note plutôt une prédominance de garçons. Il est de 1,75 quand le diagnostic de troubles dépressifs est posé pour les mères hospitalisées.**

Dans le cadre des abus sexuels, l'enfant peut réveiller l'histoire passée de la mère. Lorsqu'il s'agit d'un garçon, il est décrit que certaines femmes ont des difficultés à assurer les soins à l'enfant et à avoir un contact physique avec lui. Lorsqu'il s'agit d'une fille, les mécanismes projectifs peuvent rapidement apparaître, la mère craint que sa fille subisse les

mêmes agressions qu'elle et ressent alors des difficultés à confier son enfant. Une relation fusionnelle s'instaure, le processus de séparation-individuation se fait difficilement et ceci d'autant plus que la mère voyant du danger en permanence ne permet pas à l'enfant d'acquiescer un sentiment de sécurité (35).

3) Mise en place d'un allaitement maternel

En ne prenant en compte que les dossiers renseignés, nous retrouvons dans notre étude 42% de femmes qui ont allaité contre 58% de mères qui ont opté pour l'allaitement artificiel.

Selon l'Enquête Nationale Périnatalité 2010, il est décrit dans la population générale 60% de bébés nourris au sein. Dans l'Est de la France, ce chiffre s'élève à 70%.

Il n'a pas été retrouvé dans d'autres unités mère-bébé de données sur l'allaitement.

→ Les bébés des mères hospitalisées conjointement ont moins souvent été allaités que les bébés de la population générale.

→ Nous pouvons nous poser la question de la place des médicaments dans le choix de l'allaitement artificiel chez ces femmes très souvent suivies pendant leur grossesse et qui, pour certaines, ont reçu un traitement psychotrope. L'allaitement est parfois contre-indiqué ou déconseillé lors de la prise de certains médicaments. D'autres sont compatibles avec un allaitement maternel mais quel message est passé lors de l'éventuelle instauration d'un traitement médicamenteux ? Quelles images ont les femmes et leur famille de la compatibilité d'un traitement médicamenteux et d'un allaitement maternel ?

→ De même, nous pouvons nous interroger sur les motivations qui ont poussé ces mères à ne pas allaiter. En extrapolant sur la relation mère-enfant, d'autres questions sur les tous premiers liens et l'adaptation au contact physique d'une grande proximité physique avec le nouveau-né que nécessite l'allaitement maternel peuvent se poser.

Pour certaines mères, les mères psychotiques notamment, la proximité physique avec leur bébé imposée par l'allaitement maternel ainsi que la succion du bébé peuvent générer des vécus d'intrusion, des attaques de leur intégrité corporelle, source d'angoisses et de persécution.

Pour celles qui ont subi dans leur enfance des abus sexuels, l'allaitement déclenche parfois des souvenirs traumatiques, les sensations que déclenchent les tétées peuvent les mettre mal à l'aise (contractions utérines qui peuvent y être liées, sensations sexuelles...)
(35).

6.2.5. Caractéristiques des modalités d'admission en hospitalisation

1) Âge de l'enfant lors de l'hospitalisation

L'**âge moyen de l'enfant** lors de l'admission de sa mère dans le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé est de **91,6 jours (soit environ 13 semaines)**, avec une distribution très asymétrique puisque le plus jeune a 5 jours, le plus âgé a 420 jours (60 semaines). La médiane (calculée à 48 jours) permet d'avoir une idée plus juste de la « tendance centrale » de notre population.

Nous retrouvons ainsi des hospitalisations très précoces des mères avec leur enfant puisque **la moitié des bébés** sont hospitalisés à **moins de 7 semaines** de vie et **42% à moins d'un mois de vie**.

À l'autre extrême, environ un **quart des enfants** hospitalisés avec leur mère ont un âge **proche des cinq mois** de vie. Dans ce groupe, un tiers des dyades vit en centre maternel et est intégré à un réseau incluant au moins le service judiciaire. Une patiente a été hospitalisée tardivement pour un trouble schizotypique sans que nous retrouvions de réseau médico-social en amont. Pour les autres situations, il s'agissait, dans la plupart des cas, de femmes en couple souffrant de troubles dépressifs ou hospitalisées suite à un passage à l'acte auto-agressif, déjà intégrées à un réseau de soins en amont.

→ Pour ce quart d'enfants admis plus tardivement, nous pouvons donc penser que les réseaux médico-sociaux et les structures d'accueil telles que les centres maternels ont tenté de porter les dyades jusqu'à un point de rupture conduisant à demander une admission en milieu psychiatrique. Ceci pourrait expliquer la prise en charge retardée en hospitalisation conjointe mère-bébé pour ces situations.

Selon différentes études, les soins sont très précoces après la naissance. Dans l'étude de Durand de 1994, dans 70% des cas, l'hospitalisation se fait dans les trois premiers mois de vie de l'enfant avec un âge moyen de 72 jours. 41% sont admis dans le premier mois suivant leur naissance (24).

Selon Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009), l'analyse des dossiers met en évidence que les enfants ont en moyenne 9 semaines de vie lors de leur admission avec leur mère. Les

moyennes varient cependant d'une unité à l'autre s'étalant de 3 à 16 semaines (16). Cet écart pourrait être le fruit d'orientation différente selon les Unités d'Hospitalisation Mère-Bébé, de leur localisation, du travail de liaison existant avec les maternités. Toujours selon la même analyse, les soins sont très précoces puisque 58% des bébés ont moins de 8 semaines à l'admission.

→ Dans notre étude, si l'on considère la médiane (50% des enfants hospitalisés avant 48 jours, soit 7 semaines), les admissions des enfants se font très précocement ce qui rejoint les données de la littérature (7 semaines pour Durand 1994, 9 semaines pour Glangeaud 2009). Cependant, des enfants sont hospitalisés bien après leur naissance. Ces dyades sont-elles soutenues par des structures étayantes ou le lit d'hospitalisation conjointe est-il méconnu des partenaires médico-sociaux ?

2) Origine de la demande

Au sein de notre étude, nous retrouvons une proportion importante de dyades adressées par le **secteur psychiatrique public (71%)**. Nous notons nettement moins d'indication émanant des obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes. Aucune admission n'a été faite sur demande de psychiatres libéraux ou du service judiciaire, la Clinique Intersectorielle ne prenant pas d'indication émanant des structures sociojudiciaires.

Environ un tiers des demandes émane de la psychiatrie de liaison en maternité et dans la quasi-totalité des situations de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Effectivement, le lien est étroit entre la Maternité de Nancy et la Clinique Intersectorielle puisque la pédopsychiatre de liaison à la Maternité cumule à la fois une présence en service anténatal et en suites de couches ainsi que des interventions dans le cadre de la prise en charge mère-bébé au sein de la Clinique Intersectorielle. De plus, le CPN a développé l'activité de psychiatrie périnatale et le travail en réseau, la Maternité Régionale de Nancy représente peut-être son point central.

→ Une des particularités du lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé de la Clinique Intersectorielle est l'étroite collaboration avec l'équipe spécialisée en périnatalité par l'intermédiaire de la psychiatrie de liaison de la Maternité Régionale de Nancy.

Parallèlement, la population lorraine peut bénéficier d'une prise en charge, d'un accompagnement global lors de la grossesse et de la naissance d'un enfant puis le suivi de cet enfant par des professionnels de toutes disciplines (les professionnels des maternités de Lorraine, les libéraux, les réseaux de santé, les PMI, les CAMSP, les services de psychiatrie et de pédopsychiatrie...). C'est le Réseau Périnatal Lorrain qui permet un suivi coordonné entre ces différents acteurs de la périnatalité. De plus, l'activité de psychiatrie périnatale est assez bien développée en Lorraine notamment en Meurthe-et-Moselle, dans les Vosges, à Metz et à Verdun. Depuis 2005, des rencontres trimestrielles entre psychiatres et psychologues intervenant en périnatalité se sont mises en place. Elles permettent le partage d'expériences et de réflexions, tissent des liens et facilitent les échanges face à une situation complexe. Ce groupe de travail s'articule avec le Réseau Périnatal Lorrain dont certains en sont également membres.

Le tableau ci-dessous permet de comparer les données de notre étude à celles d'études faites en France à des temps différents.

| | Secteur psychiatrique (CMP, service de psy, psy de liaison, psy libéraux) | Maternités, Obstétriciens, pédiatres, médecins | Famille | Services socio-judiciaires, PMI | Autres |
|---|---|--|---------|---------------------------------|---------------------------------|
| Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | 71% | 19.3% | 3.2% | 3.2% | 3.2% (dossier non renseigné) |
| Cazas et al. 1990 (5,46) 52 mères-étude monocentrique | 58% | 40% | | | 2% |
| Durand et al. 1994 (24) 130 mères-étude monocentrique | 46% | 36% | 7.7% | 9.8% | |
| Glangeaud et al. 2004 (16) 147 mères-étude pluricentrique | 70% | 18% | 10% | 2% | |

Tableau 19 : Comparaison des origines des demandes d'hospitalisation selon les études

Les résultats de notre étude sont relativement similaires à ceux faits dans l'étude coordonnée par N. Glangeaud.

Par contre, nous faisons le constat que les demandes d'hospitalisation ont évolué au fil du temps. Dans les études de Cazas (5) et Durand (24) effectuées sur les pratiques des années

1980-1990, les demandes provenant des obstétriciens, pédiatres et médecins généralistes sont beaucoup plus importantes qu'à l'heure actuelle. Parallèlement, les demandes émanant du secteur psychiatrique ont augmenté. Plusieurs explications peuvent être faites face à la diminution du nombre de demandes. Tout d'abord, le raccourcissement du temps de séjour en maternité (la durée moyenne de séjour après la naissance est passée de 8 jours dans les années 1970 à 4,4 jours selon l'Enquête Nationale Périnatale 2010) qui entraîne un temps d'observation plus court, pour les équipes du secteur post-natal, de la santé mentale de la mère et des interactions mère-bébé. Par ailleurs, les décrets de périnatalité d'octobre 1998 mentionnent dans un texte réglementaire la présence de psychologues et la disponibilité de psychiatres en périnatalité. Cette plus grande proximité avec les somaticiens permet probablement des interventions du secteur psychiatrique plus rapidement auprès de femmes en difficulté puisqu'ils sont plus facilement sollicités. Enfin, nous pouvons faire l'hypothèse que la démarche préventive vis-à-vis du bébé et des interactions précoces mère-bébé qui consiste à ne pas séparer un enfant de sa mère est de plus en plus souvent envisagée par les équipes de psychiatrie générale.

→ La diminution des demandes émanant des hôpitaux généraux et des maternités au profit de l'augmentation de celles provenant du secteur psychiatrique public peut s'expliquer par le raccourcissement de la durée moyenne de séjour en suites de couches, le lien plus étroit entre les somaticiens et les professionnels de la santé mentale. Nous pouvons également évoquer la plus grande sensibilité des équipes de psychiatrie à l'hospitalisation conjointe mère-bébé comme alternative à la séparation d'une mère souffrant de troubles psychiatriques d'avec son enfant dans un but évaluatif, curatif de la mère et préventif des troubles graves des interactions mère-bébé et du développement précoce de l'enfant.

Il faut cependant garder à l'esprit que les chiffres prennent en compte uniquement les hospitalisations effectives et non les chiffres de l'ensemble des demandes adressées au service qui peuvent être différents.

3) Motif de la demande

Dans notre étude, **90% des hospitalisations conjointes sont liées à une pathologie maternelle** : 26% des femmes ont présenté un premier épisode de décompensation

psychiatrique aiguë au cours du post-partum, 6,5% ont décompensé au cours du post-partum un trouble psychiatrique chronique connu, enfin 58% ont été hospitalisées pour un trouble psychiatrique évoluant depuis la grossesse.

Il n'a été retrouvé **aucune indication lié à un trouble présenté par le bébé.**

Deux dyades, soit **6,5%** de notre population, ont été hospitalisés du fait de **dysfonctionnement interactionnel mère-bébé.**

Plus de la moitié des hospitalisations conjointes font suite à une prise en charge débutée ou poursuivie en période anténatale. Dans certaines situations, l'hospitalisation conjointe peut être prévisible, elle vient s'inscrire dans la continuité des soins permettant en période anténatale de commencer à travailler sur le lien mère-bébé. Dans d'autres cas, elle est prévue : 4 femmes étaient hospitalisées à la Clinique Intersectorielle pendant leur grossesse avec le projet de poursuivre le séjour après la naissance de l'enfant, une autre avait visité la structure en vue d'y être accueillie après l'accouchement. Dans ces dernières situations, l'hospitalisation permet de se donner du temps pour évaluer la clinique de la mère et le lien qu'elle tisse avec son enfant offrant ainsi une perceptive rassurante.

Un quart des admissions est lié à un premier épisode de décompensation psychiatrique aiguë au décours de l'accouchement. Ces situations sont dans ces circonstances imprévisibles comme nous nous y attendons lors de décompensations psychiques maternelles intenses (la moitié des femmes hospitalisées ont présenté un trouble psychotique aigu, pour une autre le diagnostic de trouble schizotypique a été retenu, une a fait un geste suicidaire dans un contexte de grande précarité, enfin les dernières ont présenté une dépression du post-partum). L'hospitalisation allie alors soins pour la mère et prévention ou prise en charge de troubles interactionnels précoces mère-bébé.

Concernant les deux situations pour lesquelles l'hospitalisation conjointe a été décidée face aux dysfonctionnements interactionnels mère-enfant, les dyades vivent en Centre Maternel ce qui a permis une observation fine et une évaluation de la souffrance potentielle de la mère et de la relation mère-enfant par des professionnels. Les deux mères souffrent d'un trouble de type dyssocial ce qui implique une limite dans la thérapeutique que l'on peut apporter à ces femmes au cours d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

→ Nous faisons le constat que peu de dyades sont adressées pour évaluation et/ou prise en charge d'un trouble interactionnel précoce mère-enfant. Les motifs restent en priorité la pathologie de la mère, plus apparente et facile à repérer. Peut-être est-il plus difficile de détecter des signes de souffrance chez les enfants, masqués par une clinique maternelle pouvant être bruyante ?

Selon les résultats de N. Glangeaud-Freudenthal et coll. (2009) sur les motifs d'hospitalisation des femmes, 25% sont hospitalisées pour un premier épisode aigu ou un premier diagnostic d'une pathologie mentale, 22% pour une rechute d'un épisode aigu, 33% pour un épisode d'une maladie chronique, pour 18% pour un problème interactionnel mère-bébé ou de compétences maternelles, enfin 2% pour d'autres motifs (16).

Ces résultats diffèrent de ceux retrouvés par notre étude, notamment les admissions liées à une rechute d'une maladie chronique (6,5% dans notre étude contre 33% dans celle de Glangeaud) et celles en lien avec une décompensation d'un trouble psychiatrique évoluant depuis la grossesse (58% contre 22%). Le recrutement de la population admise à la Clinique Intersectorielle, pauvre en pathologies chroniques telles que la schizophrénie et les troubles maniaques peut expliquer en partie ce constat. De plus, le lien entre la Maternité Régionale de Nancy et la Clinique Intersectorielle, rendu étroit par les interventions d'une même personne (la psychiatre de liaison de la maternité), facilite probablement la continuité des soins des femmes déjà suivi en période anténatale.

4) Consultation de pré-admission

→ Ce sont des admissions qui se réfléchissent et se préparent, elles ne se font pas dans l'urgence ! (7)

Dans notre étude, **75% des femmes** ont eu un **entretien de pré-admission**. 10% ont été transférés de la Clinique Intersectorielle à la maternité le temps de l'accouchement et du séjour en suites de couches. Le projet d'hospitalisation conjointe a alors été travaillé lors de l'hospitalisation précédant la naissance de l'enfant. D'autres mères ont été admises après contact avec le service demandeur.

D'une manière générale, la consultation de pré-admission a plusieurs objectifs. Elle évalue la pathologie présentée par la mère, mais également la place que prend son enfant dans

ses représentations. Elle apprécie ses possibilités à se mobiliser pour lui prodiguer les soins dont il a besoin et pour interagir avec lui. Elle est aussi le moment d'une première évaluation pour mesurer les bénéfices et les risques encourus par l'enfant d'être auprès de sa mère. De même, cet entretien permet de se faire une idée de l'adhésion aux soins qui seront proposés, tant pour la mère et sa famille, et de poser des objectifs de cette hospitalisation. Effectivement, la non-adhésion aux soins de la mère représente une contre-indication à l'hospitalisation conjointe à la Clinique Intersectorielle, tout comme les passages à l'acte hétéroagressif et l'agitation. Cette consultation permet enfin de situer la place du père, d'évaluer la qualité du réseau familial et de s'assurer de la présence d'un réseau médicosocial qui pourra poursuivre le suivi au décours de l'hospitalisation.

Madame J. est suivie par le secteur psychiatrique depuis qu'elle a 19 ans compte-tenu d'une schizophrénie paranoïde. Lorsqu'elle fait une intoxication médicamenteuse volontaire au troisième trimestre de grossesse, il est convenu qu'elle soit hospitalisée à la Clinique Intersectorielle jusqu'à son accouchement puis ré-admise à sa sortie de la maternité. À son retour dans le service, six jours après la naissance de son fils, elle présente deux épisodes de non reconnaissance de son enfant. Très ambivalente vis-à-vis des soins qu'elle refuse en partie, elle se montre très interprétative, convaincue que l'équipe soignante cherche à lui nuire. Face à ce tableau clinique, la prise en charge au sein de la structure s'avère très difficile et un transfert dans un service fermé pour des soins sous contrainte est décidé en parallèle d'un placement de l'enfant en pouponnière.

Il est important d'évaluer la capacité de la mère à tolérer la présence d'un tiers observateur et accompagnateur.

Dans leurs articles sur les indications et contre-indications des hospitalisations mère-bébé (57) et l'articulation avec le réseau médico-social (58), Nezelof, Vandiel et Bizouard tentent de définir quelques contre-indications à l'admission en UMB. Au risque d'être inefficace voire iatrogène, certaines demandes ne peuvent aboutir à une hospitalisation conjointe. En premier lieu, ce sont les demandes qui représentent une solution de dernier recours face à une situation fortement à risque de séparation, une situation d'urgence en lien avec la clinique de la mère ou avec l'environnement social des plus démunis (l'hospitalisation est alors envisagée comme lieu d'hébergement). Les auteurs définissent également des contre-indications liées à la pathologie maternelle telle que les troubles de la personnalité (troubles du caractère, structures paranoïdes organisées), souvent les mères toxicomanes qui parfois

posent des difficultés dans le respect du cadre. Enfin, les contre-indications liées à l'institution peuvent conduire à différer une demande : hospitalisation concomitante de patients dangereux pour l'enfant, un trop grand turn-over des équipes (comme par exemple pendant les périodes de vacances) qui conduit à des discontinuités des soins pathogènes pour l'enfant, un lieu d'habitation trop éloigné du lieu de soins entravant le travail avec le père et le travail de liaison avec les partenaires extérieurs.

Dans certaines situations, la future mère est connue et déjà suivie. L'hospitalisation s'inscrit alors dans la continuité des soins débutés en période anténatale. Elle peut consister à commencer le travail sur le lien mère-enfant (3).

→ La consultation de pré-admission a toute sa place en préambule de l'hospitalisation. Les caractéristiques telles que le type de pathologie de la mère, son adhésion aux soins, la place de l'enfant dans les préoccupations de sa mère, la place du père, la qualité de l'entourage familial, la collaboration avec les intervenants du réseau médico-social sont évaluées lors de l'entretien de pré-admission. Elles conditionnent le travail qui pourra être fait avec et pour la dyade et définissent le projet global de soins.

5) Objectif(s) d'hospitalisation défini(s)

Il a été retrouvé dans 50% des dossiers des objectifs définis lors de la consultation de pré admission ou lors de l'entretien d'entrée.

Il est important de les définir afin de connaître le cadre dans lequel le travail va s'inscrire. Il peut s'agir de soins, de prévention, d'évaluation, de protection de la mère, de l'enfant et/ou du lien mère-enfant.

Dans un deuxième temps et après évaluation de la relation mère-bébé, l'hospitalisation permet parfois de préparer la séparation lorsqu'il est envisagé un placement de l'enfant, sans que cela constitue un objectif d'hospitalisation en soi. Un travail est possible autour de l'accompagnement vers le constat des difficultés à s'occuper d'un enfant physiquement ou psychologiquement de manière permanente pour les mères concernées.

Certaines demandes mal ciblées ou des hospitalisations incitées sans alliance thérapeutique avec la mère ou sa famille, celles pour éviter à tout prix une séparation de la mère et de son enfant peuvent nécessiter de réélaborer le projet de soins avec les différentes

parties intéressées afin de ne pas risquer un effet iatrogène à l'hospitalisation. Elles peuvent à l'extrême constituer une contre-indication à l'hospitalisation. Il est également important de s'interroger sur les bénéfices et les risques encourus pour l'enfant.

6) Intégration à un réseau en amont

Dans notre étude, seule une situation était vierge de prise en charge par un réseau médico-socio-judiciaire. Pour toutes les autres dyades (**97%**), il est retrouvé une intégration à un **réseau en amont de l'hospitalisation conjointe mère-bébé**.

84% ont eu un contact avec un **psychiatre ou un psychologue**, près de **40%** des dyades ont été rencontrées par un professionnel de la **PMI** (pour 10%, la PMI était seule à intervenir sur ces situations), **30%** ont un **suivi socio-judiciaire**.

→ **Les dyades hospitalisées conjointement dans le lit mère-bébé du CPN sont très souvent connues, avant leur admission, d'un ou plusieurs réseaux de soins ou d'accompagnement d'ordre judiciaire ou social. Ces dyades semblent avoir été repérées très tôt par ces différents services médico-socio-judiciaires. Nous pouvons faire l'hypothèse que l'existence de facteurs alarmants tels que la précarité, l'isolement socio-affectif, les antécédents de souffrance psychique ou les antécédents judiciaires active les réseaux de soins et de soutien.**

→ **Ce repérage, par des partenaires de disciplines diverses, laisse entendre l'intérêt du travail en réseau et de partage d'informations dans les situations complexes où viennent s'intriquer des difficultés d'ordre différent. La prise en charge de ces situations nécessite cohérence, collaboration et complémentarité. Ce travail de partenariat réclame néanmoins de réduire le cloisonnement entre les différents dispositifs pour une meilleure coordination et une continuité des soins.**

7) Diagnostic clinique retenu à l'entrée

Le profil de recrutement est particulier dans le lit d'hospitalisation mère-bébé à la Clinique Intersectorielle. Ce service, ouvert, accueille uniquement des patientes adhérant aux soins, et exclue ainsi certaines mères aux symptômes trop bruyants.

⇒ Modalités de recueil des diagnostics :

Le diagnostic que nous avons retenu est celui posé à l'entrée. Effectivement, les différents diagnostics retrouvés ont été rapidement posés sans être systématiquement réévalués à la sortie de la patiente. Il faut cependant noter que le diagnostic de la pathologie maternelle est parfois difficile à faire de façon certaine à l'admission, certaines formes cliniques pouvant correspondre à plusieurs diagnostics psychiatriques ultérieurs. Il aurait été alors intéressant de le poser ou de le réévaluer à la sortie de d'hospitalisation des patientes, s'appuyant sur les observations recueillies durant le séjour et les différents éléments d'anamnèse qui aident à comprendre la clinique.

⇒ Répartition dans les grandes classes diagnostiques CIM-10 :

La pathologie des femmes qui sont admises se situe particulièrement autour des **troubles dépressifs et névrotiques** regroupant à eux deux **plus de la moitié des diagnostics retenus à l'entrée** (soit 36% et 16%). 16% des femmes sont hospitalisées suite à un épisode psychotique aigu, 10% suite à des troubles délirants chroniques d'ordre schizophrénique.

Nous avons regroupé dans le tableau ci-dessous les résultats d'études réalisées ces 20 dernières années par différentes équipes françaises sur le diagnostic retenu pour la population hospitalisée.

| | Psychose délirante aiguë du post-partum | Troubles psychotiques chroniques | Dépressions majeures du post-partum | Trouble bipolaire | Troubles du comportement, troubles de la personnalité | Décompensation névrotique | Autres |
|--|---|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------|---|---------------------------|--|
| Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | 16.1% | 9.7% | 35.5% | 3.2% | 6.5% | 16.1% | 12.9% |
| Cazas et al. 1990 (5,46) 52 mères-étude monocentrique | 37% | 27% | 13% | 3% | 12% | 8% | |
| Durand et al. 1994 (24) 130 mères-étude monocentrique | 24.6% | 27.7% | 22.3% | 20% | 5.5% | | |
| Poinso et al. 2000 (21) 92 mères-étude monocentrique | 12% | 17% | 17% | | 26% | 9% | 19% Pas de maladie mentale maternelle |
| Glangeaud et al. 2004 (36) 176 mères-étude pluricentrique | 11% | 25% | 22% | 11% | 22% | | 9% |
| Glangeaud et al. 2009 (16) 869 mères-étude pluricentrique | 5% | 13% | 18% | 24% | 12% | 17% | 11% |

Tableau 20 : Comparaison selon les diagnostics retenus à l'entrée des patientes selon les études

Il en ressort que la psychose puerpérale ou psychose aiguë et transitoire du post-partum est à l'origine de 5 à 37% des hospitalisations conjointes selon les études, elle est de 16% en ce qui concerne les admissions à la Clinique Intersectorielle.

Nous notons une proportion nettement plus importante d'hospitalisations pour dépressions majeures du post-partum dans notre étude, et notamment en comparaison à l'étude multicentrique de N. Glangeaud (2009).

À l'inverse, les hospitalisations pour des mères souffrant de trouble bipolaire sont franchement inférieures (3% contre 24% pour l'étude N. Glangeaud 2009).

Les chiffres concernant les hospitalisations pour décompensation névrotique sont proches de l'étude de Glangeaud (2009).

Les femmes présentant un trouble psychotique chronique représentent moins de 10% des hospitalisations conjointes dans notre étude contre 13 à 28% dans les études faites dans d'autres unités.

→ Ce qui est frappant, c'est la grande hétérogénéité des répartitions des diagnostics entre les différentes études malgré l'utilisation consensuelle de la CIM-10.

Nous pouvons formuler bon nombre d'hypothèses pour expliquer l'écart dans les diagnostics entre les différentes études.

Cet écart peut s'expliquer par la petitesse des échantillons (trois études à moins de 100 dyades). Nous constatons, par ailleurs, la variation des diagnostics entre les deux études coordonnées par N. Glangeaud-Freudenthal en 2004 et 2009.

D'autres explications peuvent être avancées par la difficulté qu'il peut être ressenti par les professionnels lors du choix du diagnostic à coter, du moment de l'hospitalisation choisi pour la cotation, de l'évolution de la clinique qui permet parfois de redéfinir le diagnostic. De plus, certaines unités mère-bébé ont une orientation clinique particulière (qui tend à s'effacer avec les études pluricentriques) et des spécificités qui leur sont propres (accueil de mères présentant une forme de pathologie plus qu'une autre, unités autonomes ou incluses dans un service de psychiatrie générale ou pédopsychiatrique orientant de surcroît le recrutement de la population hospitalisée...). Dans le cas de la Clinique Intersectorielle, le profil de recrutement est particulier par le type de soins apportés par la structure, n'offrant de possibilité d'hospitalisation qu'aux mères consentant aux soins. C'est sûrement la raison pour laquelle les femmes présentant des troubles du comportement et de la personnalité, des troubles bipolaires et des psychotiques chroniques sont peu admises à la Clinique Intersectorielle. Par contre, nous pouvons penser à un biais de recrutement concernant les mères dépressives puisque les patients souffrant de dépression représentent la population couramment admise à la Clinique Intersectorielle.

⇒ Lien entre le diagnostic maternel et le délai d'hospitalisation par rapport à la naissance de l'enfant :

Le lien entre le diagnostic maternel retenu et l'âge de l'enfant lors de leur hospitalisation conjointe laisse présager à quel moment les « signaux d'alarme » se sont allumés et ont inquiété les intervenants extérieurs.

Ces chiffres sont néanmoins très difficiles à interpréter. En effet, la distribution de l'âge des enfants lors de l'hospitalisation des dyades est très étalée probablement liée à la

taille modeste de notre population, la moyenne est donc difficilement interprétable. De plus, l'effectif limité de notre population réduit d'autant plus les effectifs des sous-populations classées selon les diagnostics maternels. Ceci les rend probablement peu représentatif de l'ensemble de la population à l'étude.

Nous avons alors pris le parti de rapprocher les âges moyens des enfants calculés pour chaque pathologie psychiatrique maternelle avec l'âge médian de la totalité des enfants chiffrée à 48 jours. Il paraît cependant délicat de tirer des conclusions de nos observations, nous nous contenterons donc de faire des hypothèses concernant le délai moyen d'hospitalisation pour chaque type de pathologie psychiatrique maternelle.

Dans notre étude, nous faisons le constat que la patiente qui a présenté un trouble schizo-affectif a été très rapidement hospitalisée (9 jours de vie de l'enfant). Ceci vient du fait que la patiente était déjà hospitalisée à la Clinique Intersectorielle avant la naissance de l'enfant et qu'il avait été prévu d'une réhospitalisation à la sortie de maternité pour observation à la fois de la clinique et de la relation mère-bébé.

Les femmes présentant des troubles névrotiques sont également rapidement hospitalisées (32 jours de vie de l'enfant). Elles répondent néanmoins à la patientèle admise à la Clinique Intersectorielle ce qui peut justifier le fait qu'elles soient rapidement hospitalisées dans le service.

Pour les femmes présentant un délire chronique (n=3), le délai moyen avant l'hospitalisation est de 69 jours avec un intervalle allant de 6 à 158 jours. Une mère a fait un aller-retour pour accoucher en maternité avant d'être réadmise à la Clinique Intersectorielle, initialement admise suite à un geste suicidaire dans un contexte délirant. Une autre, aux antécédents de BDA, était suivie au cours de sa grossesse compte-tenu d'un état délirant répondant bien au traitement. L'admission s'est faite à 6 semaines de vie de l'enfant pour recrudescence des symptômes délirants. La troisième mère n'avait aucun antécédent psychiatrique et n'était connue d'aucun service de psychiatrie avant que son mari l'amène consulter dans un service d'urgence psychiatrique au 5 mois de l'enfant suite à une symptomatologie délirante évoluant depuis 3 mois. Nous voyons ici que les troubles ont débuté pour une femme en période anténatale, pour les deux autres au cours du deuxième mois de vie de l'enfant, ce qui concorde bien avec les données de la littérature. En effet, selon les différentes études, pour les troubles schizophréniques, le post-partum reste une période de grande vulnérabilité psychique avec un risque important de décompensation psychotique mais

au-delà des toutes premières semaines (59) : une femme schizophrène sur quatre rechute dans les six mois suivant l'accouchement d'après l'étude prospective de Mac Neil (60).

Concernant les troubles dépressifs, l'âge moyen des bébés est de 73 jours soit environ 10 semaines ce qui est supérieur à la médiane des âges des enfants. Selon les données de la littérature, la pathologie dépressive débute souvent entre quatre et six semaines après l'accouchement mais les femmes sont majoritairement déjà symptomatiques dès les premiers jours de post-partum (61). Ceci est concordant avec les données de la littérature et explique que l'hospitalisation ne soit pas précoce.

La patiente souffrant de troubles de l'alimentation a été hospitalisée tardivement probablement parce que cette patiente vivait en centre maternel et que l'équipe sociale pouvait assurer une présence étayante auprès de cette mère et soutenir la relation mère-bébé.

Concernant les mères présentant un trouble de la personnalité, là encore, une mère vivait un centre maternel, son hospitalisation s'est faite plus tardivement à plus de 100 jours de vie de l'enfant. Nous pouvons faire la même hypothèse de soutien et étayage par l'équipe du centre maternel.

Enfin, pour les mères présentant une psychose aiguë du post-partum (n=5), l'hospitalisation de la dyade se fait en moyenne à 51 jours c'est-à-dire à un âge proche de l'âge médian des enfants de notre étude, avec un intervalle allant de 5 à 89 jours. Il s'agit pour deux mères d'admission précoce (5 jours et 13 jours), pour les trois autres, la prise en charge à la Clinique Intersectorielle fait suite à une levée d'hospitalisation sans consentement, la phase symptomatique intense ne permettant pas d'hospitalisation libre conjointe. Nous faisons donc le constat que les admissions en milieu psychiatrique se font très rapidement dans les premières semaines suivant l'accouchement. Ceci concorde avec les données de la littérature qui estime un pic d'incidence de la symptomatologie dans les deux à trois semaines qui suivent la naissance de l'enfant (47,62).

Il faut également garder à l'esprit que les admissions à la Clinique Intersectorielle se faisant uniquement avec le consentement des patientes, elles nécessitent un temps d'élaboration et de maturation de l'indication de l'hospitalisation conjointe.

⇒ Lien entre le diagnostic maternel et les antécédents de traumatisme dans l'enfance:

Les antécédents d'événements graves dans l'enfance de ces mères sont particulièrement fréquents. Dans notre étude, ils sont surreprésentés chez les mères présentant des troubles de la personnalité et du comportement, des troubles de l'alimentation, des troubles psychotiques aigus et transitoires, des troubles dépressifs et des troubles névrotiques. Il n'a pas été retrouvé d'antécédents de traumatismes chez les patientes schizophrènes et bipolaires. Il est cependant difficile de formuler des hypothèses de nos résultats puisqu'ils se basent sur des effectifs trop faibles. Il est encore plus délicat que faire un lien entre les différents types de traumatismes et les diagnostics maternels.

Selon l'étude UMB-SMF de 2001-2004 (35), la proportion de maltraitances physiques subies dans l'enfance des femmes schizophrènes (chiffrées à 13%) ou bipolaires (11%) est moins élevée que celle pour les femmes présentant des troubles de la personnalité ou du comportement (calculées à plus de 40%). De même, les antécédents d'abus sexuels dans l'enfance sont présents surtout chez les femmes présentant des troubles de la personnalité (27%) et relativement moins pour les autres pathologies comme des troubles bipolaires (13%) ou une schizophrénie (10%). Quant aux placements dans l'enfance, l'étude note une plus grande proportion de placement chez les patientes présentant des troubles de la personnalité (29% contre moins de 15% pour le reste de la population). Ces données ont été confirmées par l'étude UMB-SMF sur la période 2001-2007 où il a été décrit une plus grande fréquence de certaines pathologies psychiatriques telles que les troubles de la personnalité et du comportement (16,63) lorsque sont présents des antécédents de traumatismes (maltraitances et placement).

→ Les événements traumatiques dans l'enfance sont très fréquemment retrouvés dans la quasi-totalité des pathologies psychiatriques.

6.2.6. Caractéristiques des modalités de prise en charge

1) Évaluation de la clinique présentée par l'enfant

Il arrive que des symptômes tels que des troubles du sommeil et de l'alimentation, des pleurs incessants ou encore une mauvaise prise de poids ne soient que le sommet de l'iceberg laissant soupçonner des troubles relationnels mère-bébé, dans le couple ou dans la triade parents-enfants.

Dans notre étude, nous notons 4 situations, soit **13% des enfants**, pour lesquels nous retrouvons un **trouble du développement psychomoteur** (trouble du tonus, retrait visuel).

23% présentent **des troubles de l'alimentation** essentiellement à type de refus ou restriction, **7% des troubles du sommeil** à type de difficulté d'endormissement et **36% des troubles somatiques** surtout en lien avec des troubles gastro-intestinaux (régurgitations, coliques du nourrisson, constipation, invagination intestinale).

Dans le dossier médical de la Clinique Intersectorielle, les données sur le développement psychomoteur de l'enfant et l'existence de troubles particuliers le concernant sont cependant très restreintes. Ceci est très probablement lié à l'absence de dossier médical pour l'enfant. De même, les observations retranscrites dans le dossier médical de la mère sont essentiellement celles faites de l'interaction mère-bébé. Les données qui ont pu être recueillies sont de plus assez subjectives, relatées par des intervenants multiples, ayant des pratiques diverses et des sensibilités différentes.

Les premiers mois de vie de l'enfant représentent une période majeure pour son développement précoce moteur, cognitif, émotionnel et le lien d'attachement qu'il va établir. Un mauvais accordage entre la mère, principale figure d'attachement de l'enfant, et son bébé mais également la sensibilité qu'ont les enfants à ressentir l'indisponibilité psychique de leur mère peuvent avoir des effets néfastes sur son développement. Il est intéressant de savoir que la qualité des liens d'attachement représente un facteur de protection ou un facteur de risque aux désordres psychopathologiques ultérieurs.

⇒ Retentissement de la pathologie psychiatrique maternelle sur le développement psychomoteur de l'enfant :

Certaines pathologies psychiatriques altérant les capacités de maternage, les relations entre une mère psychiquement malade et son enfant sont parfois décrites comme étant à risque. Le développement moteur, cognitif, affectif et le lien d'attachement peuvent être altérés.

Un dysfonctionnement psychosomatique ou comportemental du bébé se manifeste dans la relation qu'il entretient avec ses parents. Il peut être observé au sein même de cette relation avant qu'il ne devienne un trouble psychopathologique affectant le psychisme de l'enfant (64).

Isserlis, reprenant différentes études anglo-saxonnes, explique que les bébés cherchent à trouver en eux le réconfort devant la non-réponse ou la réponse inadaptée à leur appel de la part de leur mère. C'est ainsi que devant une absence de réponse, le bébé peut se renfermer, se détourner de sa mère, parfois s'agiter et crier beaucoup. Devant des réponses inadaptées, source d'angoisses ou de stress, des réactions d'évitement de la relation avec leur mère se créent. Ceci donne le tableau d'enfants trop calmes, absorbés par des activités autoérotiques ou s'isolant dans le sommeil. Au fur et à mesure, le bébé diminue son investissement qu'il a de son environnement. Il tend vers la suppression de tout plaisir des jeux d'exploration du cadre environnant et se limite dans ses capacités à accéder à une socialisation (65).

Selon Murray et coll. (1996) et Stein et coll. (1991), la dépression maternelle prédit plus fréquemment un attachement de type insécure, un risque de troubles du développement cognitif jusqu'à 18 mois ou un risque de troubles du comportement plus tardivement (66).

Quant aux troubles tels que la schizophrénie, nous savons qu'ils représentent également un facteur de risque majeur de troubles du développement à venir chez l'enfant. Les enfants nés de mères psychotiques sont identifiés comme à « haut risque » par l'OMS depuis 1975, ce qui justifie des mesures de prévention et d'accompagnement bien spécifiques (67). La pathologie mentale maternelle entrave la qualité des échanges entre cette mère et son enfant. Les interactions visuelles sont caractérisées par une quasi-absence de regards mutuels, les interactions corporelles alternent entre périodes discontinues d'indifférence et de fusion, les interactions vocales sont souvent pauvres (68,69). Il y a fréquemment des difficultés d'accordage. La mère a des difficultés pour interpréter les signaux de l'enfant, elle ne

comprend pas ses compétences. C'est l'enfant qui s'adapte à sa mère et non l'inverse. Il tente de se protéger et de protéger sa mère par des comportements tels que l'hypervigilance avec un regard intense porté sur sa mère et d'autres quand il n'est pas regardé mais une fuite du regard quand il se sait regardé, une capacité à se consoler tout seul par le biais d'activités autoérotiques, une capacité à s'endormir brutalement pour lutter contre la désorganisation et respecter le seuil de tolérance de sa mère...(7).

Tout ceci n'est pas sans conséquences sur le développement psychique de l'enfant. Pour lui, l'avenir dépend beaucoup de la rapidité et de la qualité des soins qui seront apportés à sa mère ainsi que l'existence d'un substitut parental non malade.

⇒ Évaluation de la souffrance de l'enfant par les équipes :

Les enfants mettent vite en œuvre des mécanismes d'adaptation face à une mère aux absences de réponses ou à des réponses inadaptées à ces appels. Il est alors tout à fait nécessaire que les soignants qui gravitent autour de la dyade puissent détecter les signes de souffrance des bébés hospitalisés avec leur mère afin de soutenir au mieux cette relation. C'est l'observation fine, basée sur le regard et l'écoute, des modalités relationnelles qu'entretient le bébé avec son environnement en général qui va permettre de mesurer la nature des échanges entre sa mère et lui et par extension avec le monde extérieur.

Ce repérage n'est pas sans difficulté.

D'une part, la souffrance de l'enfant peut être masquée ou difficilement visible par une symptomatologie maternelle bruyante qui prend le devant du tableau. Il est alors nécessaire de prendre le temps de se tourner vers l'enfant, de l'observer et d'apprendre à identifier les signes de souffrance des plus petits.

D'autre part, le regard posé sur le bébé par le soignant expose terriblement la mère qui peut vivre cette expérience comme une intrusion ou lui faire ressentir un profond sentiment d'incapacité dans sa fonction maternelle la rendant vulnérable. Il est alors primordial de valoriser les mères dans leur fonction de mère, de ne pas faire à sa place afin d'éviter de la déposséder de moments de partage avec son enfant et de ne pas la culpabiliser (65).

Enfin, il y a souvent un mouvement spontané de déni qui existe chez les adultes qui refusent de voir la souffrance chez les enfants. Il paraît alors important de pouvoir s'appuyer

sur des observations plus objectives comme l'utilisation de grilles d'évaluation ou d'observation dont leur utilisation se fait à des âges différents : l'ADBB (échelle Alarme Détresse Bébé), l'échelle de Brazelton ou la NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale)... Ces grilles ont le mérite de garder une objectivité dans les évaluations et surtout de mettre en évidence les paramètres qui s'améliorent ou ceux qui, au contraire, nécessitent une plus grande attention. Ces grilles d'évaluation permettent aussi de trancher dans les cas litigieux pour lesquels les équipes ne sont pas en accord. Certaines, comme l'ADBB, permettent enfin d'avoir une base quantifiable que l'on peut comparer au fil de l'hospitalisation.

2) Intervention du secteur de psychiatrie infanto-juvénile au cours de l'hospitalisation

Dans notre étude, pendant la période analysée, dans **65% des cas**, un psychiatre du secteur infanto-juvénile est intervenu au sein de la Clinique Intersectorielle en collaboration avec les soignants du service. Elle est de **100% sur les 3 dernières années** d'analyse (2007-2010).

Il est important de savoir qu'en 2008, le travail conjoint, réunissant la psychiatrie d'adulte et la pédopsychiatrie, autour du projet de création d'une UMB au sein même de la Clinique Intersectorielle a permis une dynamique et un rapprochement des deux équipes. Une formation mutuelle est envisagée par immersion dans les deux structures. C'est ainsi que deux infirmières de la Clinique Intersectorielle sont venues participer à des prises en charge en CATTP dédiées aux mères et à leurs enfants au CMP pour enfants de la Madeleine à Nancy. Progressivement, le travail de collaboration s'est précisé resserrant les liens entre les professionnels.

Nous pouvons également évoquer une plus grande sensibilité des psychiatres pour adultes à l'intervention des pédopsychiatres dans le cadre de la prise en charge de la mère, de l'enfant, de l'évaluation et le soutien du lien mère-bébé.

3) Organisation de réunion(s) pluridisciplinaire(s)

Pour **50%** de notre population, **une ou plusieurs réunions pluridisciplinaires** ont été organisées. Ces réunions permettent le partage des informations obtenues par l'ensemble des

partenaires intervenant auprès de la dyade et sa famille. Chacun apporte un autre regard sur les situations. De plus, les observations sont faites en des lieux distincts, à des temps différents ce qui apporte d'autant plus de richesse aux constatations.

Il ne semble pas y avoir d'évolution dans le temps dans la réalisation de ces rencontres laissant entendre que, très vite, les différents intervenants ont pris la mesure de la nécessité de se rencontrer pour échanger et définir une ligne de conduite commune. Cette dernière évite les prises en charge redondantes, en donnant, au contraire, de la cohérence et de la complémentarité ainsi qu'un relai organisé.

Il ne semble pas non plus y avoir de lien entre la pathologie présentée par la mère et l'organisation de réunions pluridisciplinaires puisque les diagnostics retenus pour les femmes sont divers. Ceci peut paraître étonnant puisque nous nous attendions à une mobilisation d'autant plus importante des partenaires extérieurs que le diagnostic maternel posé est lourd, les prises en charge multiples et le risque pour le développement de l'enfant important.

Par contre, dans la moitié des cas pour lesquels une rencontre a été programmée, des difficultés conjugales et/ou sociales sont retrouvées. Il est alors important de souligner que l'isolement socio-affectif et la précarité mobilisent la collaboration avec les réseaux médico-sociaux et l'accompagnement par la suite de ces familles.

Concernant les situations qui ont conduit à un placement de l'enfant ou à la rédaction d'une information préoccupante, toutes ont donné lieu à une ou plusieurs réunions pluridisciplinaires (à l'exception de deux dyades pour lesquelles les mères ont été transférées dans un autre service pour des soins sous contrainte et les enfants placés en urgence, ne laissant pas le temps d'organiser une rencontre entre les différents partenaires). Ceci est en lien avec ce qui est attendu. En effet, dans ces situations dans lesquelles un enfant est estimé en danger, la décision de placement ou la rédaction d'un signalement se prennent après discussion en équipe et avec les différents professionnels connaissant la dyade et sa famille.

→ La multiplicité des partenaires sociaux, médicaux, psychologiques et juridiques intervenant auprès des dyades fait courir le risque que la communication passe mal, que les informations recueillies par chacun se dilue et que les actions se dispersent, s'alourdissent voire apportent un effet pathogène à la prise en charge globale. Il est alors tout à fait nécessaire, et ce d'autant plus que les situations sont lourdes, que les équipes se réunissent et prennent des décisions communes.

Comme le précisent Nezelof et Bizouard, l'articulation avec le réseau médico-social permet « d'éviter la fragmentation des regards : celui du pédiatre pour le corps, de la puéricultrice pour les soins, du pédopsychiatre pour l'enfant, du psychiatre d'adultes pour la mère et du travailleur social pour l'organisation matérielle » (58).

4) Intégration de l'enfant à la crèche

Dans notre étude, 36% des enfants en âge d'être accueillis à la crèche de l'établissement hospitalier du CPN y ont été admis. Ce chiffre n'est pas tout à fait interprétable puisque la convention autorisant l'accueil en crèche des enfants admis avec leur mère à la Clinique Intersectorielle n'a pas été effective dès l'ouverture du lit d'hospitalisation conjointe sans que nous puissions en avoir une date précise.

L'intégration à la crèche peut être proposée pour un accueil de quelques heures par jour ou un ou plusieurs jours par semaine. Il peut ainsi bénéficier d'un environnement stimulant et adapté lorsque la mère est en difficulté avec lui et qu'il n'existe pas d'étayage familial ou que la famille est à une trop grande distance. Ceci permet aussi à la mère de se séparer de son enfant afin de s'investir et de se consacrer pleinement à ses soins.

6.2.7. Caractéristiques des modalités de sortie d'hospitalisation

Contrairement au critère recherché lors de la sortie d'un patient d'un service de psychiatrie pour adultes qui est l'amélioration ou la stabilisation de son état psychique, les critères de fin d'hospitalisation conjointe mère-bébé reposent également sur deux autres critères. Tout d'abord, l'enfant ne doit pas présenter lui-même de symptômes d'ordre psychique, son développement psychomoteur doit être bon. D'autre part, les interactions entre la mère et l'enfant observées avant sa sortie d'hospitalisation doivent montrer que le bébé aura un environnement suffisamment sécurisant et des soins de maternage adéquats (8).

1) Durée moyenne d'hospitalisation de la dyade

Dans notre étude, **la durée moyenne de séjour est de 34 jours**, soit 5 semaines environ. Là encore, la distribution n'est pas normale s'étalant de 1 à 16 semaines. Nous retrouvons ainsi que **deux tiers des dyades** sont restés **hospitalisés moins de 5 semaines**.

Nous faisons également le constat que **la durée de séjour varie avec le type de pathologie présentée par la mère** : les patientes pour lesquelles les diagnostics de troubles schizo-affectifs, de troubles névrotiques et de troubles dépressifs ont été posés restent plus longtemps que celles pour lesquelles nous retenons les diagnostics de troubles de la personnalité, de troubles délirants chroniques et de psychoses aiguës du post-partum.

Néanmoins, ces chiffres sont à interpréter avec précaution puisque notre population totale, de taille modeste, est redivisée en sous-groupes selon le diagnostic pouvant ainsi conduire à des biais. De plus, certains chiffres sont faussés par la sortie prématurée de certaines mères en faveur d'un relai dans un autre service pour des soins sous contrainte. La durée moyenne de séjour en hospitalisation conjointe pour certains types de diagnostic est ainsi réduite comme c'est le cas pour les troubles psychotiques aigus.

Dans la littérature, les données relatives aux psychoses puerpérales montrent que l'évolution est tout à fait favorable sous traitement entre 2 et 4 semaines ce qui corrobore la durée moyenne de séjour de 25 jours pour ce type de pathologie dans notre étude.

Il paraît cependant étonnant que les femmes présentant un trouble psychotique chronique (excluant la patiente transférée à J8 en service fermé) ne restent pas plus

longtemps. Effectivement, dans le cas de ces pathologies, la stabilisation de la clinique grandement liée aux psychotropes antiproductifs est plus lente. De plus, la question de la protection de l'enfant d'interactions précoces pathologiques nécessite de prendre le temps d'observer et d'évaluer le lien mère-bébé. Elle conduit parfois au placement et donc au travail en amont de sa préparation. Nous pouvons alors nous poser la question d'une clinique moins intense que celle que nous pouvons observer dans la majorité des situations.

Il est également intéressant de souligner que **les séjours courts de notre étude** sont souvent **en lien avec un relai de prise en charge immédiatement** à la sortie par de **l'hôpital de jour** qui permet un suivi soutenu lors que l'ambulatoire n'est pas encore envisageable. A contrario, nous faisons le constat que **les patientes qui restent le plus longtemps** ont un **lieu d'habitation éloigné du lieu d'hospitalisation**, posant la question de la complexité sous-jacente de l'implication de la famille dans la prise en charge et du travail de réseau.

| Unités mère-bébé | Durée moyenne de séjour |
|--|--|
| Lit mère-bébé CPN 31 mères-étude monocentrique | 34 jours |
| Cazas et al. 1990 (5) 52 mères-étude monocentrique | 27 jours |
| Durand et al. 1994 (24) 130 mères-étude monocentrique | 80 jours |
| Glangeaud et al. 2009 (16) 869 mères-étude pluricentrique | 70 jours (de 5 à 16 semaines selon les UMB) |

Tableau 21 : Comparaison de la durée de séjour en fonction des différentes études

Dans l'étude de Cazas de 1990 (5), la durée moyenne de l'hospitalisation mère-enfant est de 27 jours avec des extrêmes de 3 jours et de 6 mois. Cette UMB accueille principalement des patientes souffrant de psychoses délirantes aiguës (41% de la population), de troubles psychotiques chroniques (24%) et de troubles dépressifs (14%).

Dans l'étude de Durand de 1994 (24), sans différencier les pathologies maternelles, la durée moyenne des dyades hospitalisées est de 80 jours (allant de 1 jour à 370 jours). Son étude différencie les séjours courts d'environ 45 jours pour les femmes présentant des pathologies puerpérales telles que les pathologies délirantes aiguës, dépressives, les troubles bipolaires et les séjours longs de 90 à 100 jours pour les psychoses chroniques.

D'après les études coordonnées par N. Glangeaud en 2004 et 2009 (16), la durée moyenne d'hospitalisation dans les UMB franco-belges de 1999-2000 est de 11 semaines (intervalle de 5 à 17 semaines selon les UMB), elle est de presque 10 semaines pour les données 2001-2007 des 13 UMB françaises étudiées.

Parallèlement à la pathologie maternelle, la durée de séjour peut varier en fonction de **l'orientation de l'UMB**, de **l'existence du relai ambulatoire** sur le plan social notamment (rencontre avec les partenaires extérieurs pour travailler au mieux un relai de prise en charge, parfois recherche d'une structure étayante...) et sur le plan des soins à apporter à la dyade en termes de soutien à la relation mère-enfant (équipe de soins à domicile comme ça a pu être le cas avec le DISPPAD). Certaines UMB ont la **possibilité d'accueillir les mères à temps plein ou à temps partiel**, le relai en hôpital de jour permet alors des sorties d'hospitalisation temps plein plus précoce (17,18).

→ Il semblerait que la durée de séjour pour les dyades de notre population fassent partie des séjours les plus courts en comparaison aux autres études. Ceci est probablement en lien avec le type de pathologies psychiatriques que présentent les mères. Leur évolution est plus rapidement favorable que celle des mères schizophrènes moins souvent admises à la Clinique Intersectorielle et pour lesquelles l'efficacité du traitement est plus longue à obtenir.

2) Relai de la prise en charge psychiatrique de la mère et de la dyade

Toutes les mères bénéficient d'un suivi psychiatrique à la sortie d'hospitalisation. Les modalités de prise en charge sont diverses (CMP, CATTP, HDJ, VAD...) et peuvent souvent s'associer. Il s'agit majoritairement d'un suivi par le secteur psychiatrique public dans 84% des cas, puis par les psychologues en maternité dans 10% des cas, les psychiatres libéraux dans 10% également.

La poursuite de la prise en charge psychiatrique trouve toute sa place dans ces situations malgré l'amélioration clinique des mères.

Effectivement, nous savons que certaines pathologies sont à risque de rechutes ou d'évoluer vers une pathologie psychiatrique comme c'est le cas pour la psychose puerpérale. Selon les données de la littérature, à long terme, lors d'un premier épisode de psychose aiguë

puerpérale du post-partum, chez une patiente sans antécédents psychiatriques, l'évolution se fait dans 50% vers un trouble bipolaire avec un risque de rechute puerpérale ou hors puerpéralité, 10% des cas évoluent vers une psychose dissociative et plus fréquemment vers une schizophrénie dysthymique. Dans 40% des cas, lors d'un premier épisode aigu puerpéral, l'évolution est favorable avec cependant un risque de récurrence de l'ordre de 30% lors d'une prochaine grossesse (52,70–72).

Nous avons vu parallèlement que **87% des patientes sortent avec un traitement psychotrope**, majoritairement des traitements antidépresseurs (63% des patientes) et anxiolytiques ou sédatifs (63% également). Les traitements antiproductifs et hypnotiques ne sont pas à négliger puisqu'ils constituent respectivement 32% et 26% des prescriptions de sortie. De tels traitements ne sont pas sans conséquence, les effets secondaires peuvent être gênants et entraver les soins à prodiguer à l'enfant. Il est alors indispensable, lors des consultations de suivi, de pouvoir aborder ces désagréments qui peuvent altérer la qualité du lien qui se tisse entre la mère et l'enfant : difficulté dans l'ajustement corporel et la qualité du portage du fait de la raideur induite par les neuroleptiques, baisse de la vigilance et parfois émoussement affectif...

Nous avons vu que 63% des femmes reçoivent un traitement antidépresseur alors que le diagnostic de troubles dépressifs a été retenu pour 36% de la population de notre étude. Nous pouvons alors nous interroger sur l'intrication des troubles psychiatriques les uns avec les autres et encore une fois sur la difficulté que représente la cotation des diagnostics qui met en avant un diagnostic principal aux dépens de diagnostics secondaires.

32% des dyades sont suivies par un secteur psychiatrique infanto-juvénile.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile assure essentiellement un travail autour de la parentalité et propose pour certaines dyades des prises en charge en groupe mère-bébé (permettant d'avoir un regard sur les interactions mère-enfant, mais aussi adultes entre eux et bébés entre eux) (73). Son intervention consiste surtout à soutenir les fonctions parentales, notamment les liens affectifs, les soins à apporter à l'enfant et les positions éducatives adaptées et cohérentes. Les entretiens mère-bébé permettent également d'aborder les difficultés et les angoisses de la mère, en essayant de leur donner un sens dans son histoire personnelle mais aussi familiale et transgénérationnelle.

3) Modalités de sortie de l'enfant

- Sortie conjointe de la dyade

23 dyades sur 31 (**74% de la population**) sortent d'hospitalisation conjointe **sans mesure de placement ni signalement** de risque pour l'enfant.

Ces données concordent avec ce qui est décrit dans la littérature puisque dans son étude pluricentrique coordonnée par Glangeaud-Freudenthal (2009) retrouve 70% de mères sortant avec leur bébé sans placement ni signalement (16).

- Mesure de placement

Parfois, et après évaluation de la situation lors du séjour en hospitalisation, les risques sont trop importants pour l'enfant de rester auprès de sa mère et il est nécessaire pour sa protection de l'en séparer. Dans certains cas, la séparation de la mère et de son enfant reste ce qu'il y a de plus tolérable pour les deux parties. C'est le cas notamment pour les mères présentant des troubles délirants chroniques, pour lesquelles les soignants doivent rester vigilants à ce qui est tolérable pour l'enfant dans les interactions précoces inadaptées qu'il partage avec sa mère mais également à ce qui est tolérable pour la mère dont les angoisses et le vécu de persécution suscités par l'enfant lui sont imposés par sa présence.

Les demandes de séparation à la sortie de l'hospitalisation sont faites à l'issue de discussions en équipe ou lors d'une réunion pluridisciplinaire réunissant les différents professionnels intervenant auprès de la famille et après avoir considéré non seulement les risques pour l'enfant mais également les ressources de l'entourage. Tout un travail de préparation à la séparation et d'élaboration du placement pour l'enfant est alors engagé. Ces séparations sont de deux ordres, soit administratif (les parents sont alors demandeurs) soit judiciaire. Dans ce dernier cas, le juge prend la décision de placement de l'enfant déclaré en danger après réception d'une ou plusieurs informations préoccupantes.

Dans notre étude, **6 situations ont abouti à un placement de l'enfant** (3 en pouponnière, 1 en famille d'accueil, 2 en centre maternel) soit **19% de notre population**. Deux autres situations ont été signalées pour risque de danger pour l'enfant.

Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans l'étude de Glangeaud-Freudenthal (2009) puisque sur les 868 admissions, 120 séparations mère-enfant ont été observées (soit 14% de la population). La sortie est conjointe dans 6% des cas avec un signalement aux services sociaux et dans 10% des cas au juge des enfants (16,63).

Ces chiffres, cependant, varient selon les UMB.

Dans l'étude de Durand, sur les 130 hospitalisations conjointes, dans un quart des cas, un placement sera nécessaire (24). Dans celle de Cazas, dans 8 cas sur 52, une décision de séparation de la mère et de l'enfant s'est imposée, soit 15% de la population (5).

Par contre, nous retrouvons un taux de placement de l'ordre de 40% à Besançon. Ce taux est sensiblement plus élevé que celui des autres unités, le fait est que l'unité de Besançon accepte volontiers des « hospitalisations d'évaluation » avec un recrutement dominant de mères présentant des troubles chroniques. Il est également de 40% à l'unité d'addictologie de Lille (17).

D'autre part, des **facteurs de risque de décision de placement** ont été repérés par différentes études. Il s'agit de l'isolement socio-affectif de la dyade mère-bébé, un contexte socio-judiciaire lourd dès l'admission, certaines pathologies maternelles (et en premier lieu la schizophrénie et les troubles délirants chroniques, les troubles de la personnalité et cognitifs). Moins fréquemment, il est retrouvé une absence de vie de couple stable et la présence de pathologies psychiatriques chez le père de l'enfant (16,18,63). Dans les cas où un signalement de risque pour l'enfant à la sortie de l'UMB a été rédigé, il est noté une fréquence plus grande de placement et de maltraitance dans l'enfance de la mère (16)

Les analyses des données recueillies en 1999-2000 dans les UMB franco-belges, soulignent que les sorties des mères avec leur enfant sans signalement sont plus fréquentes lorsque les mères présentent un trouble affectif aigu ou chronique que lorsqu'elles présentent un trouble schizophrénique ou psychotique non affectif.

Toutes ces données concordent avec les résultats de notre étude.

Effectivement, la grande majorité des mères s'est séparée ou décrit des difficultés conjugales, des maltraitances dans l'enfance (une a également été placée), un conjoint qui a présenté ou présente toujours des troubles psychopathologiques. Le seul couple qui avait déjà

des enfants avant la naissance du bébé qui a conduit à l'hospitalisation s'est avéré avoir un enfant placé. Pour la moitié d'entre elles, la famille n'est pas soutenante.

Nous notons également dans notre étude que la moitié des patientes rapportait une grossesse non programmée. Ce facteur n'est pas retrouvé dans la littérature comme constituant un facteur de risque de placement. Nous pouvons cependant nous poser la question de la difficulté d'investissement de ces mères face à leur enfant induisant des interactions précoces chaotiques.

Par contre, les femmes de notre étude présentent des diagnostics variés : schizophrénie, TOC, trouble psychotique aigu, trouble de la personnalité dyssociale, troubles des conduites, TCA. Cette différence peut s'expliquer par le lien avec d'autres facteurs de risque retrouvés chez ces mêmes patientes comme l'isolement socio-affectif et la pathologie du père de l'enfant.

Madame B. a accouché de son deuxième enfant, Romain, il y a près de quatre mois lorsqu'elle est admise à la Clinique Intersectorielle. Son fils aîné est placé depuis plusieurs mois en raison de négligences dans un contexte de conduites addictives chez ses deux parents. À l'incarcération de son conjoint, Madame B. est accueillie en centre maternel. Au sein de cette structure, il est constaté des distorsions majeures dans la relation mère-enfant, une importante impulsivité et une immaturité affective de la part de Madame B. Une audience auprès du Juge des Enfants est prévue au cours de son séjour à la Clinique. À l'approche de l'audience, Madame B. se désinvestit de son rôle de mère, laisse son fils aux soignants tout au long de la journée et accumule les passages à l'acte à type d'alcoolisations majeures précipitant le placement de Romain.

→ Les placements des enfants en fin d'hospitalisation conjointe sont retrouvés dans la même proportion dans notre population que dans les autres études mises à part l'unité de Lille et Besançon, différentes par leur recrutement. Ceci nous interroge puisque nous savons que la population de notre étude est différente des autres en termes de diagnostic retenu et notamment concernant le diagnostic de troubles délirants chroniques sous-représenté et important facteur de risque de placement de l'enfant. La précarité a-t-elle un lien dans ce constat ?

→ Les facteurs de risque de placement et de signalement repérés dans notre étude sont également concordants avec ceux définis dans la littérature.

4) Prise en charge pluridisciplinaire de la dyade

Au sein de notre population, pour **65% des dyades**, la prise en charge psychiatrique s'associe à un accompagnement ou un suivi médico-socio-judiciaire. **Près de 40%**, bénéficient à leur sortie d'hospitalisation d'un suivi au sein de la **PMI**, **20%** d'un **suivi éducatif**, **20%** d'une aide par une **TISFE** ou une aide ménagère.

Le travail en réseau doit permettre de préparer dans les meilleures conditions possibles la sortie de la dyade de la Clinique Intersectorielle. Il est important d'assurer une coordination entre les intervenants au sein de la Clinique Intersectorielle et les partenaires extérieurs qui prendront le relai de la prise en charge pour la dyade, qui travailleront par la suite avec le père de l'enfant, parfois le nouveau compagnon de la mère et sa famille. Ce sont ces partenaires qui évalueront la sécurité et la qualité des soins prodigués à l'enfant à domicile.

La PMI garde une place privilégiée au sein de ces dyades. Ces services sont multiples allant de la consultation médicale des nourrissons à des visites à domicile au plus près du cadre de vie familiale. Elles proposent également la participation à des groupes d'éveils : les enfants profitent d'activités ludiques, les parents ont la possibilité de discuter de leurs expériences. Quant aux intervenants, ils ont la possibilité d'évaluer la relation parents-enfants et repérer des signes de souffrance chez l'enfant.

La prise en charge socio-éducative fait très souvent partie des accompagnements à la sortie de l'hospitalisation conjointe. L'intrication entre les difficultés sociales et les troubles psychiatriques ou du lien mère-bébé est loin d'être rare ce qui implique régulièrement une double prise en charge adressée plus largement à la dyade, au père et à la famille proche.

→ Là encore, le travail en réseau garde toute sa place afin de préparer au mieux la sortie d'hospitalisation de la dyade, faire le relai de la prise en charge et coordonner le suivi ultérieur pour la mère, son enfant, le père voire la famille proche.

6.3. Discussion autour de l'élaboration de notre étude

6.3.1. Forces et limites de l'étude

Notre étude, basée sur l'élaboration d'un questionnaire qui se veut exhaustif, est monocentrique, elle est le reflet de la région Lorraine et essentiellement de la population nancéenne. Cependant, il s'agit d'une première étude faite sur ce lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé unique en Lorraine qui constitue, par conséquent, le centre de référence de la région.

Cette étude, rétrospective, impose implicitement des limites du fait de son mode de recueil de données. Effectivement, en l'absence d'une procédure préalable de recueil systématique des données, les dossiers examinés ne permettent pas de renseigner assurément l'ensemble des éléments recherchés, altérant ainsi l'harmonisation des données fournies. Néanmoins, la tenue des dossiers a été dans l'ensemble suffisante pour réunir sans biais majeurs les renseignements examinés.

Notre population, composée de 31 dyades, constitue un petit effectif. Ceci laisse entendre une marge d'erreur plus importante quant à l'analyse des résultats. C'est pourquoi, ce travail se veut descriptif et non comparatif. Nous avons pris le parti de rapprocher nos résultats de ceux d'autres études similaires afin d'avoir une photographie de la population hospitalisée dans le lit d'hospitalisation conjointe de la Clinique Intersectorielle et du travail qui y est fait. Il faut cependant souligner que notre effectif est exhaustif sur les années choisies (trois dossiers ont finalement été exclus de notre étude). Parallèlement, la Clinique Intersectorielle ne comportant qu'un lit d'hospitalisation conjointe, il n'est pas étonnant que l'effectif ne soit pas plus important.

6.3.2. Biais de l'étude

Il s'agit de la première étude portant sur la population de patientes hospitalisées conjointement avec leur enfant à la Clinique Intersectorielle du CPN. Il est donc difficile de tirer des conclusions avec certitude.

De plus, cette étude comporte des biais :

- la petite taille de l'échantillon (nous avons vu que certaines données quantitatives n'avaient pas de distribution normale, rendant des interprétations délicates)
- le biais de recrutement : le recrutement de la population hospitalisée, forcément dépendant de l'orientation de la Clinique Intersectorielle
- le biais de reconstruction : face à une étude descriptive, ce biais est inévitable. Nous nous sommes efforcée de conserver la plus grande neutralité face aux données qualitatives que nous avons répertoriées mais nous ne pouvons pas exclure une part de subjectivité dans ces cotations.

Enfin, nous regrettons le manque de données dans certains des dossiers.

6.4. Pistes de réflexions

6.4.1. Un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé : pour qui ?

Pour qui est réservé la demande d'admission dans ce lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé ?

Pour les professionnels de la petite enfance, ceux du réseau de périnatalité de proximité, les partenaires extérieurs ? lorsque l'inquiétude face à la symptomatologie maternelle ou à la souffrance de l'enfant ne laisse plus le choix d'un relai hospitalier, lorsque la situation les dépasse, pour leur apporter tranquillité et réassurance, lorsqu'une observation se révèle indispensable pour évaluer le retour possible du bébé au domicile parental...

Pour les mères ? qui pourront recevoir des soins spécifiques et être soutenues pour tisser des liens d'attachement de qualité avec leur bébé, soutenues dans le maternage, reconnues en tant que mère et accompagnées dans la parentalité...

Pour le père ? qui y trouvera un soutien et une aide face à la solitude devant l'effondrement maternel

Pour le couple ? qui pourra se reformer autour de l'arrivée du bébé

Pour l'enfant ? à qui on assurera une protection, pour lequel on s'assurera d'un bon développement psychomoteur, d'une bonne santé physique et mentale, d'un accompagnement vers un environnement sécurisant et stimulant, pour lui permettre de s'attacher à sa mère

Pour la famille ? qui pourra s'organiser comme ressource autour des compétences maternelles réhabilitées

→ **L'admission à la Clinique Intersectorielle dans le lit d'hospitalisation conjointe peut apporter un soutien et un soulagement à bien des personnes, et au premier rang les mères. Cependant, cette modalité d'hospitalisation ne semble pas connue des professionnels extérieurs. Ce lit unique n'est pas repéré par les partenaires, notamment médico-sociaux et des départements lorrains autres que la Meurthe-et-Moselle, tout comme il n'était pas répertorié dans le réseau des autres unités mère-bébé recensées par la Société Marcé Francophone. Les unités mère-bébé accueillant plusieurs mères de façon concomitante, créent ainsi une dynamique et forcent un travail en réseau plus conséquent et régulier. Elles se font par conséquent plus facilement connaître des réseaux de soins.**

→ **Cependant, malgré son isolement géographique et son unicité, le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé répond à de multiples demandes pour des mères aux troubles psychiques variés.**

6.4.2. Un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé : pour quoi ?

Pour quoi ce lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé est-il utilisé ?

Pour soigner une mère atteinte psychiquement sans le séparer de son enfant et ainsi aider à établir ou préserver le lien qui l'unit avec lui

Pour tenter de prévenir d'éventuels troubles psychiques chez le nourrisson, le futur enfant, l'adolescent à venir ou l'adulte en devenir. Cette prévention est discutée de longue date puisqu'en 1992, la Circulaire n°70 relative à l'orientation de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents (74) fait une priorité du soin aux adolescents et à la toute petite enfance. L'accent est mis sur l'importance de la prévention des troubles mentaux de la mère dans le cadre des distorsions du lien mère-enfant.

Pour répondre aux exigences du Plan Périnatalité 2005-2007 intitulé « humanité, proximité, sécurité, qualité ». Il prévoit, entre autre, qu'en plus des informations obstétricales et des examens prénataux, soit abordé avec les parents l'environnement psychologique de la grossesse et de la future naissance. Cette démarche s'articule notamment autour de l'entretien prénatal individuel du 4^{ème} mois de grossesse (EPI). L'EPI représente un temps d'écoute, d'expression sur le vécu de la grossesse et d'informations utiles sur les ressources de proximité. Il permet d'identifier les potentialités et les vulnérabilités, de proposer des actions de prévention et de prodiguer des informations personnalisées.

6.4.3. Perspectives

Notre étude soulève des remarques et des réflexions, tant sur le travail qui est mené au sein de cette structure que sur le plan des perspectives d'évolution dans la prise en charge et l'accompagnement des dyades et plus largement des familles.

Une analyse plus fine de la population hospitalisée, pouvant passer par l'intermédiaire de dossiers standardisés, pourrait permettre d'affiner les indications et d'ajuster les besoins à court, moyen et long terme. La mise en place de grilles d'évaluation et de recueils de données, tel que la Marcé Clinical Checklist (traduction du questionnaire utilisé dans les UMB anglaises et utilisé par quasiment toutes les UMB de France répertoriées par la SMF), donnerait l'occasion d'objectiver certaines données, d'observer plus finement les dyades et leurs modes d'interaction et de susciter les échanges au sein des équipes. Elle permettrait également sur un plan épidémiologique de participer à la méta-analyse de la SMF.

D'autres données exploitables seraient intéressantes à rechercher pour compléter notre check-list, certaines pourraient amener à mener des réflexions en amont dans un but préventif. C'est le cas du déroulement du suivi de grossesse (avec notamment le nombre de consultations obstétricales réalisées dont la faible importance est souvent en lien avec une grande précarité sociale dont nous connaissons les impacts), le trimestre de déclaration de grossesse et le suivi de la préparation à la naissance. La prise de toxiques et d'alcool au cours de la grossesse ainsi que les diagnostics associés (et plus particulièrement les caractères

psychosociaux) permettent de donner un aperçu de l'environnement des femmes qui joue en rôle indéniable dans la psychopathologie de la jeune ou future mère.

Des questions restent ouvertes. Que deviennent ces mères ? Une réévaluation diagnostique à un an ou plus permettrait-elle d'avoir plus de précisions sur les troubles psychiques qu'elles ont présentés lors de leur hospitalisation conjointe ? Cette décompensation psychique a-t-elle eu une influence sur le nombre de naissances suivantes ? Y a-t-il eu des récurrences pour les grossesses ultérieures ? D'autres questionnements concernent les enfants. Quels sont leurs devenir lorsqu'ils ont été placés ? Quel est l'impact de ce temps d'hospitalisation dans la dynamique de la parentalité ? L'intérêt de proposition de reconvoques des dyades à 1 an, 2 ans voire plus, ou encore de maintenir un lien avec le médecin traitant des dyades peuvent alors se poser. Elles permettraient de refaire le point avec les familles et de réajuster les besoins en termes d'accompagnement et de prise en charge au décours de la sortie d'hospitalisation conjointe. Le risque est cependant le vécu intrusif pour certaines familles notamment lorsque le placement a été effectif lors du séjour dans le service.

Sur le plan des actions qui pourraient être réfléchies au sein de la Clinique Intersectorielle, deux points peuvent se discuter.

Concernant les pères, nous avons vu précédemment qu'ils présentent assez fréquemment des antécédents psychiatriques ou des troubles psychiatriques encore présents. Le rôle de soutien auprès de leur compagne n'est pas toujours possible compte-tenu de leur propre problématique. Il serait alors question de solliciter chaque père afin de les écouter, les accompagner, les soutenir voire les amener à des soins spécifiques les concernant. La mise en place d'un ou des entretiens psychiatriques individuels pour les pères permettrait de mieux les connaître, d'évaluer leurs capacités d'étayage, leur santé mentale et ainsi d'ajuster les modalités de sortie en fonction des besoins de chacune des parties : mère, père, enfant.

D'autre part, il pourrait être imaginé un accueil en journée des dyades à la Clinique Intersectorielle pendant que les mères sont hospitalisées seules en service de psychiatrie générale, initiant un travail sur le lien mère-bébé. Un relai des soins en temps plein se ferait au sein de la Clinique Intersectorielle dès que la symptomatologie maternelle serait compatible avec ses modalités d'accueil. Ce projet nécessite cependant une adhésion des

professionnels des différents services aux bénéficiaires de ce type de prise en charge, une diffusion de cette alternative à la séparation complète de la mère et de son enfant même si elle n'est que temporaire et enfin un échange autour de ces situations mère-bébé entre les équipes des diverses structures d'hospitalisation du CPN.

Enfin, un dernier point pourrait être abordé. Le lit d'hospitalisation mère-bébé de la Clinique Intersectorielle ne paraît pas être suffisamment connu des partenaires extérieurs intervenant auprès des familles et en petite enfance. Il semble être également trop isolé (lit unique, sans hôpital de jour associé). De plus, jusqu'à il y a peu, ce lit d'hospitalisation conjointe n'était pas répertorié sur le site de la Société Marcé Francophone au même titre que les autres UMB.

Des professionnels peuvent être amenés à rencontrer des dyades qui leur feraient envisager ce mode d'hospitalisation. Une diffusion plus large auprès de ces intervenants de ce mode de prise en charge, de son mode d'accès, du travail qui y est effectué paraît tout à fait intéressante et importante. Son inscription récente à la SMF associée éventuellement à des formations communes entre les différents partenaires intervenant autour de la périnatalité et de la petite enfance pourraient permettre une plus grande propagation de l'existence de ce mode d'hospitalisation pour les mères et leurs enfants.

7. Conclusion

Le lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé du CPN, comme toutes les autres unités mère-bébé, constitue un des outils thérapeutiques organisés autour de la mère et de son enfant, permettant d'apporter des soins maternels, un étayage et un soutien dans la relation mère-bébé.

Cette première étude rétrospective sur ce lit mère-bébé a permis d'apprécier, avec une certaine précision, le profil des mères admises avec leur enfant et de dégager les modalités d'accueil, de prise en charge au sein de la structure et de sortie d'hospitalisation. Des points communs ont pu être mis en évidence par rapport aux autres études sur les hospitalisations conjointes mère-bébé mais également des particularités propres à la Clinique Intersectorielle.

Confirmant les données sur les UMB, les femmes constituant notre population sont extrêmement isolées sur le plan familial, social et professionnel. Aux conditions sociales précaires, viennent s'ajouter un développement psychologique dans leur enfance au sein d'un environnement instable souvent carencé et maltraitant et une grande fréquence de déracinement dont les conséquences au niveau de la perte d'étayage et d'accompagnement familiale sont sérieusement à prendre en considération. Il est également souligné l'importante proportion de pères souffrant de troubles psychiques ne leur permettant pas de soutenir leur compagne et la relation mère-enfant qui se crée.

Par ailleurs, le profil clinique des patientes de notre étude est, là, beaucoup plus singulier. La Clinique Intersectorielle accueille dans son lit mère-bébé une population principalement dépressive mais une faible proportion de mères souffrant de troubles psychotiques chroniques et de troubles bipolaires. Il en découle alors des particularités en termes de motifs d'admission avec une grande majorité d'hospitalisations faisant suite à un suivi psychiatrique débuté au cours de la grossesse et une minorité d'admissions pour rechute d'une pathologie chronique. La durée moyenne d'hospitalisation des dyades fait partie des séjours les plus courts en comparaison aux autres études, probablement expliquée par le type de population accueillie.

Ces différents constats conduisent à réfléchir sur le devenir de ces dyades au décours de l'hospitalisation conjointe. La période de crise liée à la symptomatologie psychique maternelle ne permet pas de préjuger de la qualité du lien qui s'établira entre ces mères et leur

enfant. Cependant, même stabilisées de troubles psychiques, un nombre non négligeable de mères reste dans des situations de grande précarité socio-affective ayant également une influence sur ce lien. Des études prospectives trouveraient ici tout leur intérêt afin de se pencher sur le devenir des mères en termes de réévaluation diagnostique à distance de l'épisode aigu. Elles seraient intéressantes afin d'évaluer l'impact de ces hospitalisations sur la trajectoire de vie de ces femmes dans leurs grossesses ultérieures. Elles permettraient, de même, un approfondissement des recherches sur l'avenir des enfants concernant la dynamique de la parentalité lorsque l'enfant est rentré à domicile ou l'évolution d'une décision de placement effective au décours de l'hospitalisation conjointe.

Nous référant à notre étude, il nous paraît nécessaire de souligner toute l'importance que représente ce lit mère-bébé. Comme toutes les autres UMB de France et même s'il répond à une part infime des besoins en psychiatrie périnatale, il est très demandé et semble aider un certain nombre de « femmes qui présentent des difficultés à devenir mère ». Les actions qui y sont menées s'intègrent dans une politique globale de développement de la psychiatrie périnatale et de prévention très précoce des troubles chez les très jeunes enfants. Il pourrait parallèlement s'intégrer à une politique de prévention en amont liée à des situations de précarité sociale. S'inscrivant dans cette démarche, il nous paraît nécessaire de renforcer cet espace de travail et/ou d'associer à ce lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé une unité d'hospitalisation de jour, intermédiaire précieux entre l'hospitalisation temps plein et les soins ambulatoires.

8. Bibliographie

1. Sutter-Dallay A, Bourgeois M. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Paris : Presses Universitaires de France. 1996: 126p.
2. Sutter-Dallay A. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. Périnatalité. Paris: Sanofi; 2011; 273–88.
3. Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère–bébé en psychiatrie. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2005 juillet;163(6):529–34.
4. Durand B, Amzallag C. Quinze ans de pratique d’hospitalisation conjointe mère-enfant. 1998: 365-375.
5. Cazas O, Dhôte A, Bouttier D. L’hospitalisation de la mère et de son nourrisson dans un service de psychiatrie adulte. Psychiatrie Enf. 1990;33:635–74.
6. Cazas O. L’hospitalisation conjointe mère-bébé au cours des troubles psychiatriques du post-partum. Synapse. 2002 Oct;(189):13–7.
7. Danion-Grilliat A, Zimmermann M-A, Hild-Pham-Trong M, Becache E. Les hospitalisations conjointes mère-nourrisson en psychiatrie. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 2000;4(40):32–42.
8. Sutter A, Bourgeois M. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. EMC. Elsevier Masson,Paris; 37-204-L-10; 1998. p. 6.
9. Baker A, Morisson M, Game J. Admitting schizophrenic mothers with their baby. Lancet. 1961;11:237–9.
10. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM-C. Historique de l’émergence d’une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère-enfant. Pluriels. 2009;(80):3–5.
11. Racamier P, Sens C, Carretier L. La mère et l’enfant dans les psychoses du post-partum. Evol. Psychiatr. 1961;26:525–70.

12. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the french version of the Marcé checklist. *Archives of Women's Mental Health*. 2004;7(1):53–8.
13. Oates M. Psychiatric services for women following childbirth. *Int. Rev. Psychiatry*. 1996;8:87–98.
14. Pla A. Bilan démographique 2008. Plus d'enfants, de plus en plus tard. *INSEE Première* n° 1220; 2009 Janv.
15. Dugnat M. Sur le développement des unités d'hospitalisation mère-bébé dans le champ de la périnatalité: réflexions et questions. *L'hospitalisation mère-bébé. Spirale*. 1999;(10):81–95.
16. Glangeaud-Freudenthal N, Poinso F, Collectif. Orages à l'aube de la vie : Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé. Toulouse : Erès; 2009: 245p.
17. Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003 Sep;161(7):504–9.
18. Chardeau P, Lafont V. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *EMC Elsevier Masson Paris* . 2007 : 37-170-A-10: 10p.
19. David M, Jardin F. Protéger et traiter les bébés exposés à des défaillances parentales □: place de la rencontre interdisciplinaire. *Devenir*. 5(4):19–33.
20. Dugnat M. Troubles relationnels père-mère/bébé: quels soins? Hospitalisation conjointe et réseaux de soins précoces en périnatalité. *Eres*. 1996: 214p.
21. Poinso F, Rufo M. Quelle éthique pour l'évaluation de la relation entre une mère et son bébé ? Hospitalisations conjointes mère-bébé et séparations. *Ethique et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : entre théories et pratiques*. 2000;48(2):139–48.
22. Nezelof S, Rainelli C. Y a-t-il une spécificité des soins en unité mère-enfant temps plein? *Pluriels*. 2009;(80):6–7.

23. Thanry J. Naissances en Lorraine : un accouchement sur quatre à Nancy. INSEE Lorraine Economie Lorraine n°71; 2007 Jan. Report No.: 71.
24. Durand B, Levy P, Amzallag C, Sarfaty J. Analyse rétrospective de 130 dossiers cliniques d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant : L'hospitalisation conjointe mère-bébé. *Information psychiatrique*.1994; 70(1):9–15.
25. Gassier J. Manuel du développement psycho-moteur de l'enfant : Les étapes de la socialisation, les grands apprentissages, la créativité. Paris : Masson; 1982: 213p.
26. Glangeaud-Freudenthal NM-C. Les pères et l'hospitalisation conjointe mère-bébé. *Périnatalité*. Paris: Sanofi; 2011. p. 245–56.
27. Misri S, Kostaras X, Fox D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry*. 2000;(45):554–8.
28. Brazelton TB, Thomas B, Cramer B. Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre. Calmann-Lévy; 1994: 278p.
29. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants; 2011 mai.
30. Blondel B, Supernant K, Du Mauzaubrun C, Bréart G. Enquête nationale périnatalité: situation en 2003 et évolution depuis 1998. *Enquêtes - études*; 2003.
31. Bidoux P. Les descendants d'immigrés se sentent au moins autant discriminés que les immigrés. INSEE Ile-de-France n°395; 2012 Oct.
32. Piralla S. Les immigrés en Lorraine : des origines de plus en plus diversifiées. INSEE Lorraine Economie Lorraine n°293; 2012 Oct.
33. Moro M-R. Approche transculturelle de la grossesse. *Périnatalité*. Paris: Sanofi; 2011. p. P54–67.
34. Jaspard M, Brown E, Condon S. Les violences envers les femmes en France. Une enquête nationale. 2003 p. 370 p.

35. Bayle B. Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance : une clinique de l'interface soma-psyché. Paris : L'Harmattan; 2006: 150p.
36. Glangeaud-Freudenthal NM-C. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000). Arch Womens Ment Health. 2004 Feb;7(1):59–64.
37. Debourg A, Collectif. Séparation précoce : rapt, échec ou soin ? Ramonville Saint-Agne: Erès; 2003:192p.
38. Bydlowski M. La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité. Presses Universitaires de France - PUF; 2008: 213p.
39. Fraiberg S, Adelson A. Fantômes dans la chambre d'enfants : Evaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. Psychiatrie Enf. 1983;26(1):57–98.
40. Missonnier S, Golse B, Soulé M. Faut-il dépister les antécédents de traumatisme sexuel lors de la grossesse? La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris: Presses universitaires de France; 2004: 734p.
41. Buist A, Janson H. Childhood sexual abuse, parenting and postpartum depression--a 3-year follow-up study. Child Abuse Negl. 2001 Jul;25(7):909–21.
42. Darves-Bornoz J-M. Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste. Paris : Masson; 1997: 260p.
43. Chabert D, Chauvin A. Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 2005;(53):62–70.
44. Rouyer M. Le devenir à l'âge adulte des enfants victimes d'inceste. Incestes, D. Castro dir., L'esprit du temps Psychologie. 1995: 305–11.
45. Bonnet C. Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement. Le trauma psychique et ses séquelles, Psychologie médicale. 1992;24(numéro spécial 5):455–7.
46. Cazas O, Dhôte A, Ginestet D. L'hospitalisation mère-enfant dans le Service de Psychiatrie adulte de l'Hôpital Paul Brousse. Annales Médico-psychologiques. 1990;149(3):214–7.

47. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 2007 Oct;36(6):549–61.
48. Dayan J, Andro G, Dugnat M. *Psychopathologie de la périnatalité*. Nouvelle. Editions Masson; 2003 : 586p.
49. Lempérière T, Rouillon F, Lépine J. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *EMC - Psychiatrie*. 1984;(37-660-A-10):7p.
50. Ferreri M, Heim A, Heim N, Nuss P, Philippe H. Troubles psychiatriques du post partum. *EMC - Psychiatrie*. 2000;5–110–B–10.
51. Ferreri M, Ferreri F, Nuss P. Psychose puerpérale. *Confrontations Psychiatriques*. 2002;(43):175–203.
52. Sutter A-L, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2005 juillet;163(6):524–8.
53. Cooper PJ, Murray L. Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *Br J Psychiatry*. 1995 Feb;166(2):191–5.
54. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *Br J Psychiatry*. 2005 Jun;186:453–4.
55. Poinso F, Gay MP, Glangeaud-Freudenthal NMC, Rufo M. Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Arch Womens Ment Health*. 2002 Oct;5(2):49–58.
56. O'Hara M, Swain A. Rates and risks of postnatal depression. A meta-analysis. *International revue of psychiatry*. 1996;(8):37–54.
57. Nezelof S, Vandiel P, Bizouard P. Indications et contre-indications des hospitalisations mère-bébé : Hospitalisation mère-enfant. *Perspectives psychiatriques*. 1998;37(5):327–31.

58. Nezelof S, Bizouard P. Articulation des hospitalisations conjointes mère-enfant avec le réseau médico-social. *L'information psychiatrique*. 1994;70(1):49–55.
59. Cazas O. *Psychose et grossesse. Périnatalité*. Paris: Sanofi; 2011. p. 145–61.
60. Manzano J, Lalive J. Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primaire et secondaire. *L'information psychiatrique*. 1983;59(5):671–85.
61. Heron J, Robertson Blackmore E, McGuinness M, Craddock N, Jones I. No “latent period” in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10(2):79–81.
62. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987 May;150:662–73.
63. Glangeaud-Freudenthal NM-C. Les hospitalisations mère-enfant à plein temps. *Le Journal des psychologues*. 2008;261(8):36-41.
64. Wendland J. Les premiers liens : perspectives thérapeutiques et préventives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2005 Feb;53(1-2):71–7.
65. Isserlis C. Le bébé dans l'hospitalisation mère-enfant. 1994;70(n°1):p. 16–23.
66. Murray L, Cooper P. The impact of post-partum depression on child development. *Rev Psychiatry*. 1996;(8):55–64.
67. Sutter-Dallay AL. Psychose et maternité. *L'information psychiatrique*. 2010;86(2):153–61.
68. Wan MW, Penketh V, Salmon MP, Abel KM. Content and style of speech from mothers with schizophrenia towards their infants. *Psychiatry Res*. 2008 May 30;159(1-2):109–14.
69. Wan MW, Abel KM, Green J. The transmission of risk to children from mothers with schizophrenia: a developmental psychopathology model. *Clin Psychol Rev*. 2008 Apr;28(4):613–37.
70. Ferreri F, Chopin M, Nuss P. *Psychose puerpérale. Périnatalité*. Paris: Sanofi; 2011. p. 162–91.

71. Kumar R, Isaacs S, Meltzer E. Recurrent post-partum psychosis. A model for prospective clinical investigation. *Br J Psychiatry*. 1983 Jun;142:618–20.
72. Ferreri M, Ferreri F, Nuss P. Psychose et grossesse. *Psychose puerpérale*. 2002. p. 175–203.
73. Bouvattier J, Barre C, Celebi M. Clinique de l'accompagnement au cours de l'hospitalisation de dyades mère-bébé. *L'information psychiatrique*. 1994;70(1):25–32.
74. Circulaire DGS/DH n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

9. Annexes

9.1. Annexe 1 : Grille de recueil de données

| |
|---|
| RECUEIL DE DONNÉES DES DOSSIERS CLINIQUES DU LIT D'HOSPITALISATION TEMPS PLEIN MÈRE-BÉBÉ |
|---|

Initiales de la mère : Nom |_|_| Prénom |_|

Date d'entrée de la mère : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date de sortie de la mère : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Prénom de l'enfant :

Date d'entrée de l'enfant : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date de sortie de l'enfant : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

| |
|---------------------------------|
| ITEMS CONCERNANT LA MERE |
|---------------------------------|

Caractéristiques sociodémographiques

Date de naissance de la patiente : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (âge : ans)

< 25 ans

entre 25 et 35 ans

>35 ans

Atcd personnels de traumatisme dans l'enfance

Placement : Oui Non

Maltraitance : Oui Non

Abus sexuels : Oui Non

Autres : Oui Non

Origine ethnique : Française Autre

Lieu de vie : Département : 54 57 55 88

Commune :

Contexte familial

Situation conjugale : Célibataire En couple

Existence d'enfants placés/d'une mesure d'aide éducative : Oui Non

Qualité de l'entourage familial : Soutenant et proche géographiquement

Soutenant mais éloigné géographiquement

Non soutenant (conflits, rejet, abandon, disqualification...)

Contexte socio-économique

Niveau d'étude : BEP/ CAP BAC BAC+2 > BAC +2

Activité professionnelle : Oui Non

AAH/Mesure de protection : Oui Non

Antécédents somatiques et psychiatriques :

Atcd obstétricaux :

Primipare : Oui Non

Gestité :

IVG :

FCS/IMG/MFIU :

Autres :

Atcd somatiques : Oui Non

Lesquels :

Atcd personnels psychiatriques : Oui Non

Types de pathologies :

Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)

Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)

Troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)

Troubles dépressifs (F32-F39)

Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69)

Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-F43)

Troubles de l'alimentation (F50)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Autres

Hospitalisations antérieures : Oui Non

Suivi psychiatrique/psychologique : Oui Non

Traitement pris antérieurement à la grossesse : Oui Non

Si oui, lesquels : Traitement antidépressif

Traitement antidépresseur

Traitement thymorégulateur

Traitement anxiolytique

Traitement hypnotique

Traitement substitutif

Autres

Atcd familiaux psychiatriques : Oui Non

Lesquels : Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)

Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)

Troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)

Troubles dépressifs (F32-F39)

Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69)

Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-F43)

Troubles de l'alimentation (F50)

Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)

Autres

| |
|-------------------------------------|
| ITEMS CONCERNANT LE CONJOINT |
|-------------------------------------|

DDN : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| (Age : ans)

Activité professionnelle : Oui Non

Atcd personnels psychiatriques : Oui Non

ITEMS CONCERNANT LA GROSSESSE ET L'ENFANT

Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Age de l'enfant lors de l'hospitalisation :

< 8 semaines

Entre 8 et 14 semaines

> 14 semaines

Sexe de l'enfant :

Masculin

Féminin

Déroulement de la grossesse :

Facteurs de vulnérabilité retrouvés lors de la grossesse

Grossesse programmée : Oui Non

Séparat°/diffic. conjugale au cours de la grossesse : Oui Non

Difficultés sociales : Oui Non

Perte d'un parent au cours de la grossesse : Oui Non

Problèmes obstétricaux : Oui Non

Maladie du conjoint : Oui Non

Troubles psychopathologiques pendant la grossesse : Oui Non

Lesquels :

Traitement :

Suivi :

Soutien apporté par la mère : Oui Non

Déroulement de l'accouchement :

Allaitement : Oui Non

Difficultés néonatalogiques/ séparation précoce mère-bébé / préoccupation concernant la santé du bébé :

Oui

Non

Si oui, lesquels :

CARACTERISTIQUES DE L'HOSPITALISATION

Origine de la demande :

- Secteur de psychiatrie (psychiatrie de liaison à la maternité, CMP, urgences psychiatriques, services de psychiatrie adulte)
- Psychiatres libéraux
- Hôpitaux généraux (maternité, services de pédiatrie, urgences)
- Médecins non psychiatres (médecins généralistes, pédiatres libéraux, gynécologue-obstétriciens libéraux)
- Services sociaux, PMI, services judiciaires
- Famille
- Autres

Motif de la demande : Pathologie maternelle

- Premier épisode de décompensation psychique aiguë
- Décompensation d'une pathologie psychique chronique
- Continuité du suivi entrepris en anténatal chez une patiente présentant une pathologie psychiatrique connue
- Autre motif :

Troubles liés à l'enfant

Dysfonctionnements interactionnels mère-bébé (non liés à une pathologie maternelle)

Consultation(s) de pré-admission : Oui Non

Objectif d'hospitalisation défini : Oui Non

Si oui, lequel :

Diagnostic clinique :

- Schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)
- Troubles psychotiques aigus et transitoires (F23)
- Troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)
- Troubles dépressifs (F32-F39)
- Troubles de la personnalité et du comportement (F60-F69)
- Troubles névrotiques, réaction au stress (F40-F43)

- Troubles de l'alimentation (F50)
- Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F10-F19)
- Autres

Durée de l'hospitalisation pour la mère (en jours) :

Durée de l'hospitalisation pour le bébé (en jours) :

Évaluation de l'état clinique du bébé lors de l'hospitalisation :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Trouble du développement Ψmoteur | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble de l'alimentation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble du sommeil | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Retrait/contact visuel difficile | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Trouble du tonus (hypo ou hypertonie) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Vocalisations | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Troubles somatiques (régurgitations, coliques du nourrisson...) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

Intégration à un réseau en amont (PMI, AS, ASE, Ψ, ...) : Oui Non

Si oui, lequel :

Intervention du secteur de pédopsychiatrie (pédopsy, DISPPAD...) : Oui Non

Si oui, lequel :

Organisation de réunions pluridisciplinaires : Oui Non Si oui, combien et avec qui :

Prise en charge en psychomotricité : Oui Non

Participation à des ateliers : Oui Non Si oui, lequel/lesquels :

Intégration à la crèche pendant l'hospitalisation : Oui Non

Devenir à moyen et long terme de cette hospitalisation mère-enfant et modalités de sortie :

- | | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------|---------------|
| Signalement : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Placement : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | si oui : où ? |
| Mesure éducative : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | |
| Santé mentale de la patiente à la sortie : | <input type="checkbox"/> Amélioration | | |
| | <input type="checkbox"/> Stable | | |

Aggravation

Traitement de sortie : Oui Non

Si oui, lesquels : Traitement antidépressif

Traitement antidépresseur

Traitement thymorégulateur

Traitement anxiolytique

Traitement hypnotique

Traitement substitutif

Autre

Poursuite du suivi psychiatrique : Oui Non

Si oui, Par le secteur de psychiatrie adulte

Par le secteur de la pédopsychiatrie

Par un psychiatre libéral

Autre

Prise en charge pluridisciplinaire à la sortie : Oui Non

Si oui, PMI

TISF

Autre :

Mode de garde du bébé à la sortie : Crèche

Assistante maternelle

Mère

Autre :

Autres modalités de prise en charge :

9.2. Annexe 2 : Communauté Urbaine du grand Nancy

| COMMUNAUTÉ URBAINE DU GRAND NANCY (20 communes) | |
|---|----------------------|
| Art-sur-Meurthe | Malzéville |
| Dommartemont | Maxéville |
| Essey-lès-Nancy | Nancy |
| Fléville-devant-Nancy | Pulnoy |
| Heillecourt | Saint-Max |
| Houdemont | Saulxures-lès-Nancy |
| Jarville-la-Malgrange | Seichamps |
| Laneuveville-devant-Nancy | Tomblaine |
| Laxou | Vandoeuvre-lès-Nancy |
| Ludres | Villers-lès-Nancy |

VU

NANCY, le 11 février 2013

Le Président de Thèse

NANCY, le 12 février 2013

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Mme le Professeur K. ANGIOI

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6072

NANCY, le 18/02/2013

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiatriques périnataux et pour ne pas séparer une mère psychiquement malade de son nourrisson, des unités d'hospitalisation mère-bébé ont vu le jour initialement au Royaume-Uni et se sont progressivement développées dans d'autres pays d'Europe et du monde. En France, les premières unités mère-bébé sont apparues au début des années 1980. Un lit d'hospitalisation conjointe mère-bébé s'est ouvert dans cette dynamique à la Clinique Intersectorielle du Centre Psychothérapique de Nancy en 1999.

Notre travail consiste en une étude rétrospective descriptive de 31 mères hospitalisées conjointement avec leur bébé au sein de ce service sur une période s'étalant de fin 2001 à fin 2010. Elle permet d'évaluer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de ces femmes, d'analyser les modalités d'admission, de prise en charge et de sortie d'hospitalisation des dyades. Par la suite, ces données sont rapprochées de celles retrouvées dans la population générale puis celles recueillies dans d'autres unités mère-bébé françaises.

Après 10 ans de fonctionnement, il nous a paru intéressant de nous pencher sur ce mode d'hospitalisation et d'en souligner les particularités au sein de ce service ouvert, accueillant des adultes souffrant de pathologies psychiatriques diverses.

TITRE EN ANGLAIS

A mother and baby room in an adult psychiatric department : who and what for ?

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE-ANNÉE 2013

MOTS-CLÉS :

Hospitalisation conjointe mère-bébé, psychiatrie périnatale, puerpéralité, souffrance psychique, lien mère-bébé

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY
