

## Les unités mère-bébé en hospitalisation temps plein : leurs rôles en psychiatrie périnatale

La périnatalité représente probablement un moment du cycle de vie des personnes et des familles ainsi qu'un ensemble de situations à risque à propos desquelles l'existence d'interventions thérapeutiques précoces, efficaces et préventives, au triple sens du terme, est attestée. D'où l'importance de cette psychiatrie périnatale et notre souci d'en présenter, de façon très incomplète, certains enjeux et aspects liés à un contexte particulier, celui de l'unité d'hospitalisation complète mère-enfant. Comme souvent en France, des présupposés assez proches sur le plan théorico-clinique s'accompagnent de réalisations très diverses, liées à leur environnement de création mais pas seulement. Mon expérience m'amène à lire avec un très vif intérêt les développements de ce numéro de *Pluriels*, avec quelques questions telles que : la « maternalité » est-elle une propriété de la mère individuellement et/ou la résultante, également, d'interactions familiales et sociales ; existe-t-il vraiment des dyades mère-enfant ou s'agit-il d'une construction temporaire et réductrice, même si elle est nécessaire ; la famille est-elle un « organe » dont il convient d'observer le fonctionnement et les problèmes, ou un potentiel de ressources à mobiliser activement ; l'hospitalisation consacre-t-elle les besoins légitimes de sécurité, de contenance, de repos et de répit, outre les soins directs, ou la remise du problème dans les mains d'experts et non dans celles de la famille et de ses solidarités curatives, ce qui peut améliorer ou aggraver la disqualification maternelle ; l'arbitrage entre réponse hospitalière, accueil de jour et équipe

mobile ambulatoire intensive (HAD) est-il optimum, etc. ? Les commentaires ou réactions sont bienvenus. Bonne lecture.

Docteur Serge Kannas

### S O M M A I R E

#### P2

I. Quels besoins de soins en psychiatrie périnatale

*Catherine Isserlis*

#### P3

II. Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère-enfant

*O. Cazas et Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal*

#### P6

III. Y a-t-il une spécificité des soins en unité mère-enfant temps plein ?

*S. Nezelof et Chr. Rainelli*

#### P7

IV. Vers un cahier des charges pour ouvrir de nouvelles UMB ?

*Catherine Isserlis*

#### P8

V. Un souci d'évaluation : qui sont les femmes et les enfants hospitalisés dans les unités dans la première année après la naissance de l'enfant ?

*Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal et Anne-Laure Sutter*

#### P10

VI. Le contexte environnemental des unités mères-enfants temps plein

*Michel Dugnat, Anne-Laure Sutter et Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal*

#### P12

En conclusion

*Catherine Isserlis*

## I. Quels besoins de soins en psychiatrie périnatale ?

La plupart des recherches s'accordent pour estimer qu'une mère sur dix au moins, soit plusieurs dizaines de milliers par an, se trouve en situation de détresse psychologique ou en grande difficulté pour établir le lien avec son enfant. Beaucoup traversent une période de troubles dépressifs dans l'année qui suit la naissance (10 à 20 % selon les études).

Nous n'entrerons pas ici dans la discussion sur la spécificité ou non de la dépression postnatale, mais nous considérerons seulement les conséquences de la dépression maternelle sur le développement affectif, intellectuel et social de l'enfant, qui sont maintenant bien connues. En effet, même si seulement une partie des dépressions postnatales est reconnue et traitée, et que, dans la plupart des cas, les troubles s'estompent plus ou moins spontanément, les traces laissées dans l'interaction, le mode d'attachement, l'estime de la mère dans sa fonction maternelle et l'histoire familiale persistent, elles, durablement.

Ces constatations ont justifié la mobilisation importante des pouvoirs publics dans le dépistage et la prévention des dépressions postnatales. Si toutes les détresses maternelles ne relèvent pas d'une prise en charge en psychiatrie, en particulier les troubles de la période « normale » de « baby blues », désormais bien connue des services de maternité, on peut néanmoins, devant ces chiffres, s'interroger sur le peu de réflexion concernant les modalités de prise en charge psychiatrique de ce problème. Depuis l'extension de la pratique des sorties précoces, il pose un problème croissant de détection et le fait est qu'il risque d'être de moins en moins pris en compte faute de la mise en place de moyens d'accompagnement à domicile.

D'autre part, la maternité chez des femmes présentant des troubles psychiatriques sévères se pose aussi de plus en plus fréquemment, en partie du fait des progrès dans le traitement de ces pathologies et de l'extériorisation des soins en psychiatrie. Une récente étude vient encore montrer que pour ces patients (schizophrènes et bipolaires), le risque de troubles aigus est plus élevé dans la période postnatale immédiate qu'à n'importe quel autre moment de la vie. Il concerne donc aussi des centaines de grossesses par an. Lors de ces effondrements psychotiques, qui nécessitent souvent une hospitalisation en urgence et mettent en jeu la sécurité du bébé, l'hospitalisation de la mère en psychiatrie s'accompagne en général d'une séparation physique de la mère et du bébé. Les études de l'ONED confirment que la principale cause de placement des enfants réside dans les troubles psychiatriques maternels.

Même s'ils ont diminué au cours des dernières décennies, les placements d'enfants, particulièrement à la naissance, restent nombreux en France. Or, on sait à quel point cette séparation peut entraver la qualité de la mise en place des liens. Les situations de placement précoce liées à l'état psychologique de la mère mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille dans sa capacité à évaluer les risques de prolongation, préjudiciable au bébé, tant de sa proximité avec sa mère que des conditions de sa séparation. Et plus encore, les services peinent à accompagner ces mères dans l'établissement des liens avec leur bébé.

On a mis en évidence une corrélation entre les troubles du développement des enfants et les discontinuités dans les réseaux professionnels

périnataux et de la petite enfance. Tout se passe comme si le système de soins, par le manque d'anticipation et la défaillance de liens personnalisés entre l'intra et l'extra-hospitalier et entre les institutions, laissant place à l'angoisse et à des ruptures dans la continuité des soins guidées par l'urgence, reproduisait la maltraitance que les parents avaient pu connaître dans leur propre histoire et dont ils voulaient apparemment protéger l'enfant.

Il est de plus en plus admis qu'au terme du séjour à la maternité, des « lits de suite » permettraient une meilleure évaluation de ces situations pour lesquelles un placement est envisagé. Cette évaluation devrait permettre de sortir du « tout ou rien » que constitue l'alternative actuelle entre le placement de l'enfant hors de sa famille et sa prise en charge au sein de sa famille. Il nous semble qu'une réflexion devrait se développer afin de substituer plus souvent au placement à temps complet des expériences de parentalités accompagnées à temps partiel.

Le Plan périnatalité 2005-2007 a proposé des mesures en faveur d'une prise en compte des risques psychosociaux : entretien prénatal précoce, formations « en réseau », harmonisation des collaborations médico-psychologiques, création de postes de psychologues et de sages-femmes en maternité, reprise de cas difficiles, etc. Toutes ces mesures sont développées dans la circulaire du 4 juillet 2005 (relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité). Ces textes se sont attachés à la mise en place de la détection des vulnérabilités par l'entretien prénatal précoce, au dépistage des dépressions prénatales et des difficultés de construction de la représentation de la fonction maternelle en insistant sur le rôle des psychologues dans les maternités et à l'amélioration de l'accompagnement des femmes et des couples en difficulté psychosociale par la mise en place des réseaux périnataux. Mais l'organisation des soins psychiatriques proprement dits est restée floue et n'a pas fait l'objet d'orientation spécifique dans tous les SROSS.

Ce numéro se propose de faire le point sur l'une des modalités de prise en charge des pathologies de la puerpéralité que constitue l'hospitalisation conjointe mère-bébé dans une unité d'hospitalisation à temps plein. Il existe également des unités d'hospitalisation de jour qui représentent plus de places qu'il n'existe de lits d'hospitalisation temps plein et un certain nombre d'unités ayant des lits temps plein associent les deux fonctionnements mais nous n'aborderons ici que la question de l'hospitalisation temps plein. Nous avons demandé à plusieurs participants au groupe de recherche UMB-SMF (1) (2) de présenter leur travail.

Catherine Isserlis <sup>(3)</sup>

(1) Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal INSERM, UMRS 953 (exU-149), IFR69, Unité de Recherche Épidémiologique sur la santé périnatale et santé des femmes, F-94807, Villejuif, France ; UMPC Université Paris 06, UMRS 953, F-75005, Paris, France.

(2) Odile Cazas (UMB Villejuif), Michel Dugnat (UMB Avignon et Marseille), Sylvie Nézelof (UMB Besançon), Christine Rainelli (UMB Limoges), Anne-Laure Sutter (UMB Bordeaux), du Groupe de recherche UMB-SMF

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

(3) Catherine Isserlis, chargée de missions pour la pédopsychiatrie à la MNASM.

## II. Historique de l'émergence d'une nouvelle pratique et état des lieux des unités mère-enfant

Depuis l'Antiquité et la première description d'Hippocrate, on connaît la folie puerpérale, ainsi nommée et décrite d'abord par Esquirol et plus tard, par un de ses élèves, Louis Victor Marcé, en 1857.

L'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie s'est développée en Grande-Bretagne dès la fin des années quarante, après la seconde guerre mondiale. Chronologiquement, la Grande-Bretagne fut pionnière dans le champ de la psychiatrie périnatale. En effet, au sortir de la seconde guerre mondiale, le contexte de la Grande-Bretagne est très particulier. L'évacuation des enfants en bas âge hors de Londres, lors du blitz en 1940, a révélé au grand jour les effets nocifs de la séparation de l'enfant et de sa famille. Par la suite, les travaux de Bowlby dans les orphelinats ayant mis en évidence le désastre que représente pour l'enfant jeune le fait d'être séparé de ceux qui se sont d'abord occupés de lui, la présence des parents auprès de leur enfant, jour et nuit dans les services de pédiatrie, sera favorisée. Dans les années qui suivent, cette position facilitera l'apparition, en Grande-Bretagne, de l'hospitalisation, avec leur bébé, de mères souffrant de pathologies psychiatriques, dans des services de psychiatrie générale. Ainsi, en 1985, en Angleterre et au Pays de Galles, on dénombrait 150 lits d'hospitalisation de mères (et 150 berceaux), réalisant environ 1 200 hospitalisations conjointes en psychiatrie dans l'année.

Cette pratique s'est étendue également dans quelques pays européens (Belgique, Pays-Bas, Luxembourg, Allemagne) puis, à partir des années quatre vingt dix, à l'autre bout du monde dans les pays du Commonwealth (Nouvelle Zélande et Australie). Il y eut aussi des hospitalisations conjointes, épisodiquement, aux États-Unis, en Suisse, en Israël, au Canada, interrompues aujourd'hui pour des raisons financières et des problèmes d'assurance, semble-t-il. Dans la plupart des pays anglo-saxons, à la différence de la France, ce sont les services de psychiatrie générale qui prennent en charge ces hospitalisations.

En France, dès la fin des années soixante, sous l'influence de P. C. Racamier, quelques hospitalisations conjointes ponctuelles avaient été réalisées dans des services de psychiatrie générale puis abandonnées jusqu'à l'ouverture, en 1979, de la première unité mère-enfant à Créteil, dans un service de pédopsychiatrie, avec 4 lits de mères et 4 berceaux. En 1980, d'autres hospitalisations conjointes eurent lieu à l'hôpital Paul Brousse dans un service de psychiatrie générale de l'Assistance Publique.

Mais, globalement, les mères qui présentaient un trouble psychopathologique ou une décompensation psychiatrique après l'accouchement, et les femmes malades mentales devenues mères, étaient séparées de leur nouveau-né durant la prise en charge psychiatrique, du fait de leur dangerosité potentielle et/ou de leur incapacité à assurer les soins à leur bébé pendant cette période.

Il y eut ensuite un retournement d'orientation progressif vers des situations où l'attention et les soins portés à la mère et au nourrisson étaient réunis dans une prise en charge conjointe. Ce changement est autant lié aux découvertes de ces cinquante dernières années dans différentes disciplines - psychologie du développement, psychologie expérimentale, obstétrique, néonatalogie, psychiatrie, éthologie et psychanalyse... - qu'aux modifications des pratiques professionnelles dans l'abord de la maternité, induites par les recherches sur les effets psychiques des pro-

grès scientifiques de la procréation assistée. Ceci a conduit à l'apparition d'une nouvelle discipline rangée sous les termes variés de psychiatrie ou psychologie périnatale, maternologie, qui développe une clinique du système mère-père-bébé et environnement social et culturel à partir de la clinique du développement du bébé, de l'étude des interactions et des compétences maternelles, et de la clinique de la maternité dans leurs aspects psychologiques, psychanalytiques, sociologiques et culturels. Le nombre de DU consacrés à cette nouvelle clinique grandit chaque année.

La circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents avait mis l'accent sur la nécessité de prendre en compte, dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les découvertes sur les compétences des nourrissons et les interactions précoces, ainsi que sur la psychopathologie du bébé. Rappelant que la prévention faisait partie des missions et des obligations des secteurs de pédopsychiatrie, elle leur donnait pour mission de faciliter la précocité de l'intervention spécialisée par la connaissance mutuelle des professionnels, par le développement du travail à domicile et de la liaison à l'hôpital général, par la formation à la séméiologie de l'interaction de l'ensemble des intervenants auprès des bébés. Elle indiquait donc déjà que les relations nouées entre les équipes de soins psychiques et les professionnels de première ligne de la périnatalité devaient être mises au service des familles. Enfin, elle reconnaissait les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé à temps complet ou partiel en les qualifiant d'expérimentales et en indiquant que ces unités devaient faire l'objet de bilans.

Ainsi, pour ne pas séparer de son nourrisson une mère psychologiquement en grande difficulté, tout en assurant à ce dernier des conditions de bon développement, les acteurs de la périnatalité ont eu à cœur d'imaginer des dispositifs de soins particuliers. L'hospitalisation conjointe mère-bébé à plein temps est un dispositif parmi d'autres ; il existe de nombreuses autres formes d'accueil et de prise en charge :

- des unités parents-enfants sous forme d'hospitalisation de jour, autonomes ou adossées à l'unité d'hospitalisation temps plein ;
- des dispositifs d'accueil familial thérapeutique du bébé et/ou d'hospitalisation de nuit en service de psychiatrie générale de la mère avec accueil mère-enfant de jour ;
- des prises en charge mère-bébé en CATTP ou des dispositifs d'accueil parents-enfant ouverts type « maison verte » ;
- des unités mobiles avec des prises en charges en visite à domicile (pas d'hospitalisation à domicile à notre connaissance) en lien avec un accompagnement social de la PMI par des puéricultrices et des technicien(ne)s en intervention sociale et familiale (TISF).

On trouve sur le site de la Société Marcé Francophone la description sommaire et les adresses d'une majorité de ces différents dispositifs <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/adresses.htm>.

En 2009, en France, on dénombrait 17 unités psychiatriques d'hospitalisation à temps plein Mère-Bébé (UMB), soit environ 60 lits. Ce chiffre est fluctuant car nombre d'unités traversent des crises institutionnelles et des difficultés d'organisation (pour des raisons de recrutement de personnel ou de financement) et se restructurent provisoirement ou définitivement en places de jour (voir le tableau des lits actifs en 2009).

Les besoins sont difficiles à estimer : le pourcentage de femmes connaissant un environnement social ou affectif gravement stressant (violences conjugales, grande précarité, agressions diverses ou deuils) susceptible de retentir sur leur grossesse et ultérieurement sur le développement de l'enfant n'est pas clairement établi, mais on sait qu'environ 10 % des femmes enceintes (soit près de 80 000 chaque année) connaissent un syndrome dépressif prénatal qui peut retentir sur leurs relations à venir avec leur nourrisson. La mise en place de la proposition d'un entretien



## Typologie des unités « psychiatriques » mère-enfant « à plein temps » en France en 2009

UMB	Institution	Date de création	Lieu d'implantation et modalités de gestion en postpartum	Nombre de lits et de berceaux
Créteil*	94 CHI Créteil	1979-	Unité individualisée gérée par un service de pédopsychiatrie	4+4
Villejuif*	94 CHU P. Brousse	1980-1994 1998-	Chambres individualisées gérées par un service de psychiatrie adulte	2+2
Marseille*	13 CHU Ste Marguerite	1985-1990- 1990 - (hôpital de semaine)	Unité individualisée dans un service de pédopsychiatrie (accueil possible pour le père)	2+2
Lille/Addicto	Clinique La Charité	1985-	Lits en Addictologie, cogestion psychiatrie générale et pédopsychiatrie	3+3
Montesson*	92 CH Th. Roussel	1986-	Unité individualisée en pédopsychiatrie	8+8
Avignon	30 CHS Montfavet	1988-1997 choix de transformation en unité d'hospitalisation de jour	Unité individualisée gérée par un service de pédopsychiatrie	(2+2)
Lille*	59 CHRU Hôpital Fontan	1989-	Unité individualisée co-gérée par un service de psychiatrie générale et pédopsychiatrie	4 + 4 (5)
Besançon*	25 CHU St Jacques	1991-	Lits disponibles en pédopsychiatrie	2+2
Paris*	CH Maison Blanche	1993-	Unité individualisée gérée par un service de pédopsychiatrie (convention avec le Réseau Périnat Paris Nord)	5+5 (6)
Limoges*	87 CH Esquirol	1995-	Unité individualisée gérée par un service de psychiatrie adulte	4+5
Poitier	86 CHU Poitiers et CH H. Laborit	1996-1997 1998- hôpital de semaine	Unité individualisée co-gérée par un service de psychiatrie adulte et pédiatrie	3+4
Lyon-Bron*	69 CH Le Vinatier	1991- 2009 devenue unité de jour par manque de moyens	Unité temps plein de Lyon Bron	(2+2)
La Roche-sur-Yon	85 CH G. Mazurelle	1997-2001 fermé manque de moyen	Centre Donald Winnicott, unité intersectorielle, gérée par un service de pédopsychiatrie	(1+1)
Bordeaux*	33 Hôpital Ch. Perrens	1998-	Unité d'hospitalisation au sein du pôle universitaire de psychiatrie générale	4(5) + 4(5)
Albi*	81 CHS Albi	1999 2007 non actif manque de personnels	Lits disponibles gérés par un service de psychiatrie générale	(2+2)
Strasbourg*	67 CHRU Strasbourg	2000-	Unité fonctionnelle dans un service de psychiatrie générale en coordination avec le service de Pédopsychiatrie	4+4 (6+6 en projet)
Nantes	44 CHU Nantes	2003-	Unité individualisée en hospitalisation de semaine gérée par le service de pédopsychiatrie, située en ville avec l'unité de jour	3+3
St-Denis	93 CH St-Denis	2004-	Un lit/année disponible en maternité géré par l'unité petite enfance (maximum 3 hospi. en même temps)	1+1
Brumath*	67 EPSAN, CH Brumath	2007-	Unité autonome dans l'intersecteur de pédopsychiatrie en lien avec les services de psychiatrie générale	4 + 5
Lyon-Montplaisir	69 Hôpital privé de Lyon	(2009)	Unité privée « Natecia » en partenariat avec le service de pédopsychiatrie du Vinatier	(5+5) autorisés non installés
Villeurbanne	69 Clinique Notre-Dame (PSPH)	2008	Hospitalisations dans la clinique psychiatrique cogérées avec l'Unité de psychopathologie périnatale de la clinique de Monplaisir	1+1
St-Cyr-l'École	78 Hôpital J.M. Charcot	1987	Unité de maternologie	4+4
Le Vésinet*	78 CHD Le Vésinet	1858-	Unité autonome de 21 lits et 23 berceaux d'hospitalisation postnatale et 20 lits de prénatal. Toutes pathologies (seulement 30% relèvent de la psychiatrie)	7+7

\* UMB participant au recueil de données de recherche en 2001-2007 en France.

( ) lits, berceaux ou unité provisoirement fermés ou pas encore ouverts

Données recueillies au 17 septembre 2009 par Nine Glangeaud, Odile Cazas et Michel Dugnat.

### III. Y a-t-il une spécificité des soins en unité mère-enfant temps plein ?

Le développement des UMB s'inscrit dans le contexte général d'un renforcement de l'attention portée à la dimension psychologique de la grossesse et de la naissance insistant sur la dimension de sécurité psychique globale pour toutes les femmes mais, plus particulièrement pour celles nécessitant un accompagnement psychosocial adapté et/ou présentant des troubles psychiatriques.

L'hospitalisation conjointe d'une mère et d'un bébé permet de porter simultanément attention sur l'un et sur l'autre et de mobiliser l'observation de façon différentielle vers la souffrance psychique chez la mère, le bébé, le père et dans la famille élargie. L'accueil en hospitalisation conjointe permet d'agir spécifiquement sur la qualité des soins de maternage et sur l'établissement précoce des liens au sein de la famille.

Les demandes d'hospitalisation mère-bébé peuvent provenir de différents protagonistes : la mère elle-même, la famille, le secteur psychiatrique, le service d'obstétrique, celui de pédiatrie, les réseaux médico-sociaux. Les indications d'hospitalisation en UMB ne sont pas tant fondées sur le diagnostic psychiatrique maternel que sur l'intérêt et la possibilité de travailler sur le lien mère-enfant qui constitue la base du soin en UMB. Cet objectif d'asseoir au mieux les fondements de leurs relations à court et surtout long terme privilégie un travail sur les interactions inscrites dans un quotidien qui se voudrait au plus proche de la vie courante. Il peut ainsi s'agir d'aider une mère à trouver ou retrouver des relations harmonieuses et sécurisantes avec son bébé, aussi bien que de préparer dans de bonnes conditions un placement.

#### Des objectifs de soins

Deux types de situations peuvent être schématiquement distinguées.

- D'une part, les situations prévisibles et prévues où la mère est déjà connue et suivie en antépartum pour une psychose chronique, une pathologie dépressive, un trouble grave de la personnalité, un état déficitaire ou un précédent épisode puerpéral. Autant de circonstances qui, outre le fait qu'elles nécessitent un travail de liaison entre les équipes de maternité et de psychiatrie pour le suivi et l'adaptation des traitements, peuvent faire craindre des distorsions dans l'établissement du lien mère-bébé, sans pouvoir préjuger de la qualité de ce lien. Le projet d'une possibilité d'hospitalisation mère-bébé s'inscrit alors dans une continuité de soins, dès le début de la grossesse, en lien avec le service de maternité, qui permet de commencer, *in utero*, le travail sur le lien en offrant la perspective rassurante de se donner du temps pour l'évaluation au décours de l'accouchement. Les équipes de liaison périnatales jouent alors pleinement leur rôle d'interface entre la maternité et l'unité mère-enfant. Les intervenants sont parfois les mêmes que ceux de l'unité mère-bébé. D'ailleurs, il n'est pas toujours nécessaire que l'hospitalisation en UMB soit effective pour que sa fonction thérapeutique soit engagée et un certain nombre d'hospitalisations conjointes restent ainsi à l'idée de projet, mais n'en sont pas moins opérantes pour le cadre symbolique qu'elles représentent. La période qui suit immédiatement l'accouchement constitue un moment particulièrement pertinent pour concrétiser ou au contraire récuser l'UMB.

- D'autre part, il existe des situations non prévues de décompensation psychique maternelle majeure (telle que psychose puerpérale, dépression postnatale majeure, troubles anxieux envahissants) ou de dysfonctionnements interactifs précoces majeurs survenant dans les premières semaines ou premiers mois qui suivent l'accouchement. L'hospitalisation en UMB permet alors d'allier les soins pour la mère et la prévention et/ou le traitement des troubles interactifs précoces. Étant donné le faible nombre de lits, il est souvent difficile de trouver une place lorsque le besoin s'en fait sentir en urgence.

#### Des objectifs de prévention

Le repérage et la prise en charge précoces des difficultés maternelles permettent de prévenir leurs conséquences sur la relation mère-enfant.

La prévention de la psychopathologie du développement de l'enfant consécutive aux difficultés maternelles est le premier objectif de la clinique de la périnatalité. Il ne s'agit pas seulement de soigner une femme malade à une certaine période de sa vie - celle de l'accouchement - mais de favoriser le développement du sentiment et de la fonction maternelles dans le psychisme de la mère, nécessaires au développement d'un lien de qualité avec l'enfant. La prise en charge du bébé et de la mère en terme de « dyade » implique de rester attentif au développement du bébé et au repérage des manifestations de ses difficultés de développement autant qu'aux améliorations de l'humeur ou du comportement maternels. La prévention porte aussi sur les représentations qu'elle a d'elle-même dans sa fonction maternelle et les représentations idéales et imaginaires qu'elle construit de son enfant.

En soignant au plus tôt l'effondrement maternel, qui risque sinon d'évoluer vers une dépression maternelle plus grave, avec le risque de projection de la difficulté interne de la mère sur le bébé qui deviendra alors un « mauvais bébé », on espère aussi une prévention des troubles du développement et du risque de maltraitance.

#### Des limites

L'UMB ne constitue jamais une solution « en soi ». Afin qu'elle soit opérante et fonctionnelle, il convient d'établir préalablement une analyse rigoureuse de la situation pour en définir clairement les objectifs et les moyens et les rôles de chacun des intervenants. Les hospitalisations en UMB s'effectuent donc quasiment toujours après une ou plusieurs consultations de pré-admission au cours desquelles sera notamment précisé le désir ou non de cette femme d'être hospitalisée dans un cadre privilégiant son rôle de mère. Il est aussi primordial de situer l'implication du père, d'évaluer la qualité du réseau familial élargi et de s'assurer de la disponibilité des intervenants du réseau médico-social. Concernant la mère, outre les caractéristiques propres de sa pathologie (notamment son éventuelle dangerosité), il est important de situer la place de l'enfant et de la famille dans ses représentations, et les possibilités de mobilisation - fussent-elles ténues - du lien qui les unit.

Un certain nombre de demandes mal ciblées constituent ainsi des contre-indications ou tout au moins nécessitent d'être ré-élaborées afin de ne pas s'engager dans un projet thérapeutique qui risque d'être inefficace, voire iatrogène. Proposer une UMB pour faire accepter des soins psychiatriques à la mère, l'envisager pour éviter à tout prix une séparation, l'utiliser dans des situations de détresse sociale comme lieu d'hébergement, sont autant de mauvaises indications qui peuvent même obérer une véritable prise en charge de la mère ou de l'enfant.

Les UMB traversent périodiquement des crises qui perturbent leur capacité d'accueil - à tel ou tel moment - de certains types de pathologies. La

prise en compte de la dimension groupale de cette période de la périnatalité suppose une réflexion sur les fonctions des professionnels centrée sur leurs capacités à faire place à des dimensions particulièrement archaïques de transfert.

## Les modalités pratiques du travail en UMB

L'organisation des soins en unité mère-enfant a pu être, un temps, considérée comme exemplaire du travail en psychiatrie périnatale. La pratique concrète des soins en UMB associe ainsi de façon conjointe :

- Les soins à la mère dont l'intensité des troubles peut nécessiter la prescription d'un traitement psychotrope. Des soins corporels de maternage (massage, bains thérapeutiques...) peuvent être proposés pour favoriser les mouvements régressifs nécessaires à la mise en place des processus de maternalité. Une prise en charge psychothérapique individuelle permet d'éclairer la conflictualité de ces processus. Dans certaines unités, des groupes de mères sont organisés, permettant de favoriser l'inscription et la reconnaissance sociale de ces mères en difficultés.

- Les soins au bébé sont étroitement articulés à ceux de la mère : il s'agit d'assurer une protection, une contenance et une continuité dans l'attention tant psychique que somatique portée au bébé. La présence d'un pédiatre dans les unités mère-bébé est ainsi fortement recommandée. Certaines techniques d'observation variables selon les unités (méthode dérivée de l'observation d'Esther Bick, enregistrement vidéo, grilles d'évaluation...) permettent d'asseoir et de soutenir l'attention portée au bébé. Des temps de synthèse et un dossier lui sont spécifiquement réservés.

- Le soutien des interactions mère-bébé est au cœur du travail en UMB. L'équipe de l'UMB accompagne les soins primaires de puériculture (biberon, bain, coucher, « simples » jeux interactifs...). Il ne s'agit pas de faire « à la place » de la mère (sauf dans les situations de grande déstructuration psychique), mais plutôt d'aider la mère à prendre sa place « en faisant avec elle ». L'équipe exerce une fonction de médiation en aidant la mère à repérer les besoins propres du bébé, à ajuster une distance adéquate avec lui, et offre un support identificatoire permettant à la mère de se laisser aller aux mouvements de tendresse avec son bébé.

Une attention particulière est portée au rôle du père et des grands-parents. Certaines unités ont pu aménager leurs locaux pour accueillir concrètement les pères, parfois même de nuit, mais elles ont pu mesurer la difficulté d'un travail en hospitalisation auprès d'un couple notamment pour ce qui touche à la sexualité. Si le père n'est donc que rarement hospitalisé, toutes les équipes ont le souci, quand il est présent, de l'allier étroitement au projet thérapeutique et de lui permettre de trouver sa place tant au niveau du bébé que de la mère. Compte tenu de la réactivation des conflits suscités par la maternité, le travail avec les grands-parents, notamment les grands-mères est également important, afin de souligner les différenciations dans les positions générationnelles respectives et de sensibiliser les grands-mères à leur rôle de soutien et non de substitut.

Les dispositifs d'hospitalisation conjointe qui ont fait le choix de ne pas négliger le développement de leur travail en ambulatoire et en liaison dans les maternités sont emblématiques de l'intérêt de la clinique. Dans un certain nombre d'endroits, ce sont les pratiques de collaboration entre la pédopsychiatrie, la PMI et les maternités et les formations en commun qui ont pu conduire à la mise en évidence de la nécessité d'un dispositif spécialisé incluant la possibilité d'une hospitalisation.

Enfin, le soin en UMB ne peut pas se concevoir sans le travail de lien avec le réseau médico-social d'amont et d'aval. La préparation de la sortie

de l'UMB s'organise dès l'admission. Il est important de situer la place et la fonction des intervenants sociaux actuels ou potentiels (sages-femmes, puéricultrices, médecins de PMI, travailleurs sociaux, secteur judiciaire...) afin d'assurer une continuité cohérente dans la prise en charge. L'UMB offre en effet un temps et un lieu contenant, permettant la rencontre des différents intervenants, construisant un projet commun de soutien autour de la dyade et du système familial, qu'il s'agisse d'accompagner le retour à domicile ou d'organiser un placement.

L'hospitalisation en UMB doit en effet s'inscrire dans un projet global de soins. Il s'agit d'un outil thérapeutique qui ne prend sens qu'articulé avec les autres dispositifs de soin et de prévention organisés autour de la famille.

S. Nezelof<sup>(2)</sup> et Chr. Rainelli<sup>(2)</sup>

## IV. Vers un cahier des charges pour ouvrir de nouvelles UMB ?

Les nouveaux projets, qui devraient trouver leur place dans les projets médicaux de territoire, doivent avant tout s'inscrire dans un réseau de périnatalité formalisé comportant un dispositif de soins et de prévention psychosociale qui dispose d'une consultation de psychiatrie périnatale (ou de psychiatrie du nourrisson) et d'une activité de psychiatrie périnatale de liaison (consultations dans les maternités et les services de néonatalogie, staffs médico-psycho-sociaux en partenariat constant avec la PMI). De même, ils doivent envisager d'emblée les partenariats et les conventions de fonctionnement. Hors de ce contexte, il paraît absurde de vouloir spécifier des lits mère-bébé.

Des recommandations très bien faites émanent du Rapport du « Royal Collège of Psychiatrists » - « *Recommandations pour la réponse aux besoins des femmes enceintes et des jeunes mères en matière de santé mentale, 2001 révisé en 2005* » concernant la justification en termes de santé publique, les capacités nécessaires, les sites d'implantation souhaitables (cf. encadré Résumé des recommandations générales page suivante). Ces recommandations ont été traduites par M. Dugnat et peuvent être accessibles en ligne (en anglais) à l'adresse suivante : <http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports/cr/cr88.aspx/>.

La prise en charge en hospitalisation s'inscrit dans un parcours de soins en complémentarité avec d'autres modalités de prise en charge qui pourront être proposées telles qu'une hospitalisation à domicile, une prise en charge par une équipe mobile, des consultations parents-enfants en Centre Médico-Psychologique et des séquences d'accueil de jour ou en CATP éventuellement.

Chaque hospitalisation de dyade devrait être envisagée comme moment d'un projet de prise en charge, en lien avec les secteurs d'origine de psychiatrie générale et/ou infanto-juvénile. Les liaisons avec les intervenants sociaux concernés sont essentielles pour prendre en compte aussi bien les facteurs de vulnérabilité et de précarisation sociale de la mère, du père et de la famille que la qualité de leurs ressources. Dans l'idéal, la prise en charge dans cette unité devrait être programmée avec le service d'origine (gynécologie obstétrique, pédiatrie, psychiatrie de secteur ou libéral, protection maternelle et infantile...) et l'accueil en urgence rester une exception. De même, les sorties seront préparées avec les partenaires engagés dans la démarche y compris la famille élargie. Ceci suppose donc l'existence d'un dispositif de santé mentale en périnatalité de proximité bien structuré.

## Résumé des recommandations générales du RCP (Royal Collège of Psychiatrists).

- Les problèmes de santé mentale périnatale sont fréquents, souvent sérieux et peuvent avoir des effets à long terme sur la santé maternelle et le développement de l'enfant.
- Les problèmes de santé mentale périnatale sont présents à tous les niveaux du système de santé.
- Chaque « Health Authority » devrait disposer d'un schéma stratégique de santé mentale périnatale « Perinatal Mental Health Strategy » qui aurait pour but de fournir l'information, les savoir-faire et les ressources humaines nécessaires à la détection et à la prise en charge aussi précoce et efficace que possible d'un traitement à tous les niveaux du système de santé.
- Chaque « Health Authority » devrait authentifier un psychiatre présentant une compétence et un intérêt particulier en psychiatrie périnatale. Ce consultant devrait se voir reconnaître un rôle-clé dans la promotion de ses objectifs et dans la mise en place d'une équipe soignante spécialisée multidisciplinaire.
- Toutes les femmes présentant un trouble psychiatrique périnatal, nécessitant un soin psychiatrique spécialisé devraient avoir accès à un consultant psychiatre et à d'autres professionnels de santé mentale expérimentés et formés à la prise en charge en psychiatrie périnatale quel que soit leur domicile.
- On devrait pouvoir déterminer le nombre d'unités mère-bébé desservant un groupe de « Health Authorities ».

La taille optimale d'une unité est difficile à déterminer. Si chacun s'accorde sur la nécessité d'un accueil d'une dimension préservant la qualité des relations entre les personnes, une taille de 5/6 dyades paraît un maximum (6 dyades = 6 mères et 6 enfants) pour éviter les effets de groupes difficiles à gérer et permettre une taille d'équipe efficiente. La question se pose alors de savoir quel niveau de référence territorial convient à cette dimension d'accueil spécialisé afin de répondre à la fois au problème d'adéquation aux besoins, de flux et à ceux de l'accessibilité et du travail en réseau. La réponse est fonction, entre autres, de la situation urbaine ou rurale du territoire, mais une unité par région semble devoir être un objectif accessible. Des lits isolés ou implantés au sein d'unités de soins généralistes avec une autre vocation que l'accompagnement de la période puerpérale ne nous semblent pas devoir être privilégiés. Par contre, un ou deux lits pour la dyade ou pour la mère seule associés à un dispositif de jour pourraient constituer une solution intermédiaire plus facile à mettre en place.

L'unité mère-enfant est le plus souvent une unité fonctionnelle s'intégrant dans un pôle de psychiatrie ou dans un pôle mère-enfant. L'équipe est pluridisciplinaire (associant des professionnels de la psychiatrie, de la pédiatrie, de l'obstétrique et du social). Afin de limiter les effets de stigmatisation, de garder les liens avec les autres partenaires du réseau et aussi de rester dans des temporalités qui ont une importance au niveau économique, il semblerait recommandable, chaque fois que c'est possible, de privilégier l'implantation dans les Centres Hospitaliers Généraux. L'unité mère-enfant est, la plupart du temps, placée sous la responsabilité d'un PH psychiatre d'adulte ou d'enfant. Les différents métiers et compétences doivent être clairement définis avec une pluridisciplinarité large où

la dimension pédiatrique et sociale ne seront pas oubliés ; ainsi le panel des métiers doit pouvoir être ouvert aux puéricultrices, auxiliaires de puériculture, éducatrices de jeunes enfants, aides médico-psychologiques...

Au niveau des locaux, l'espace sommeil devrait être conçu de telle sorte que la maman et le bébé disposent chacun d'un espace permettant le repos. Une nursery devra pouvoir accueillir les bébés pendant les moments où celle-ci n'est pas disponible physiquement ou psychologiquement. Il faut penser les aménagements en fonction du jeune âge de l'enfant (éclairage, hauteur de plan de change, etc.).

Un espace de vie collectif doit être prévu, favorisant les échanges entre mères et avec les soignants et comprenant un salon détente avec un coin bébé, une salle à manger, un espace où recevoir père, fratrie, famille.

Les locaux de consultations comprennent les bureaux classiques assez grands pour recevoir une famille. De plus, une salle de psychomotricité et de relaxation, et si possible un espace de balnéothérapie, devraient être facilement accessibles. Un équipement et une pièce pour des enregistrements vidéo sont une aide précieuse pour la compréhension des interactions mère-bébé et plus largement des interactions familiales. Il paraît judicieux de prévoir un équipement de téléconférence afin que les unités puissent avoir un rôle d'appui pour des équipes éloignées (rurales ou DOM TOM) et être utilisées comme centre de référence. On devrait aussi inciter au développement, à l'échelle régionale, d'un site interactif de télésanté de recours pour l'information des familles. Cette fonction, probablement essentielle dans l'avenir, ne peut reposer seulement sur les associations d'usagers (voir à ce sujet l'excellent travail du site de maman blues : [www.maman-blues.org/](http://www.maman-blues.org/)).

Plusieurs niveaux de suivi et d'évaluation doivent être mis en place dès l'ouverture tels le suivi de l'activité de l'unité à l'aide d'outils de recueil d'information, l'évaluation du fonctionnement partenarial et la participation à une évaluation clinique régionale ou nationale.

Catherine Isserlis<sup>(5)</sup>

## V. Un souci d'évaluation : qui sont les femmes et les enfants hospitalisés dans les unités dans la première année après la naissance de l'enfant ?

Dès 1997, dans le cadre multidisciplinaire du groupe de travail UMB de la Société Marcé Francophone, une recherche s'est mise en place sous la direction de Nine Glangeaud-Freudenthal de l'Unité 953 (ancienne unité 149). Elle se poursuit encore et réunit des cliniciens (psychiatres, pédo-psychiatres, pédiatres, psychologues, infirmiers, obstétriciens, soignants) des UMB « plein-temps » et des chercheurs. La liste des membres de ce groupe de recherche « UMB-SMF » est sur le site de la Société Marcé : <http://www.marce-francophone.asso.fr/meresenfant/adresses.htm/>.

La recherche a commencé tout d'abord par l'élaboration d'un premier questionnaire. Ce questionnaire appelé « Dossier Marcé Mère » s'est inspiré de celui qui était utilisé dans les UMBs en Angleterre auquel il a été rajouté des dimensions, qui semblaient importantes, concernant en particulier le père du bébé, l'entourage, les antécédents traumatiques dans l'enfance des deux parents et les traitements passés et actuels.

Cette recherche, portant sur les hospitalisations conjointes avec un bébé de moins d'un an pendant au moins 5 jours consécutifs entre 2001 et 2007, montre que les hospitalisations concernent le plus souvent des femmes atteintes de troubles sévères ne pouvant être prises en charge en ambulatoire.

## La répartition dans les grandes classes diagnostiques CIM-10 dans 13 UMB en France de 2001 à 2007 (N=869).

- 13 % de schizophrénies et autres troubles délirants (F20-F22 et F28-F29)
- 5 % de troubles délirant aigus et transitoires (F23)
- 24 % de troubles maniaques et bipolaires (F30-F31) et schizo-affectifs (F25)
- 18 % de troubles dépressifs (F32-F39)
- 12 % de troubles du comportement et de la personnalité et cognitif (F60-F69)
- 17 % troubles névrotiques, réaction au stress (F34, F38-F43 et F50-F53)
- 11 % troubles cognitifs et autres troubles (F00-F19 et F70-F94).

## Les motifs d'admission.

- Un premier épisode aigu ou un premier diagnostic d'une pathologie mentale (25 %)
- Une rechute d'un épisode aigu (22 %)
- Un épisode d'une maladie chronique (33 %)
- Un problème d'interaction mère-bébé ou de compétences maternelles sans épisode psychiatrique (18 %)
- Autres motifs (2 %)

## Issues positives pour l'enfant, en fin d'admission conjointe, en fonction du type de pathologie maternelle

(évaluées par les soignants de UMB, en fin d'hospitalisation en 1999-2000 ; n = 176)

Pathologie de la mère	Reste avec sa mère, sans signalement % (N)	Pas de problème affectif observé % (N)	Pas de risque de mauvais traitement observé % (N)
Schizophrénie, autres troubles délirants chroniques (N=44)	45 % (20)	43 % (19)	61 % (27)
Psychose du postpartum ou « Bouffée délirante » (N=20)	80 % (16)	90 % (18)	90 % (18)
Troubles affectif bipolaire (N=20)	85 % (17)	95 % (19)	95 % (19)
Pathologies dépressives (N=38)	84 % (32)	71 % (27)	82 % (31)
Troubles de la personnalité et retard mental (N=39)	49 % (19)	33 % (13)	41 % (16)
valeur de p	<0.001	<0.001	<0.001

Tableau traduit de Glangeaud-Freudenthal *et al.*, *Archives of Women's Mental Health* 2004, 7(1), 59-64.

Les tableaux précédents donnent la répartition des pathologies et les motifs d'admission des femmes hospitalisées en 2001-2007 dans les 13 unités françaises ayant participé à la recherche (ces 13 unités représentent une très grande partie des lits mère-bébé en France - 50 lits mère-enfant - sur les 60 lits répertoriés en France).

## Les traumatismes de l'enfance de la femme

Il faut noter que si 40 % des femmes ont connu au moins un événement traumatique : placements dans l'enfance (24 %) et/ou événements traumatiques graves d'abus sexuels (14 %) ou de maltraitements autres que sexuelles (16 %) cela n'intervient pas dans les issues plus ou moins positives de l'hospitalisation sur la santé mentale de la mère ; sur les séparations, il faudra voir si c'est un facteur de risque qui reste fort.

Tableaux issus de l'article « *Qui sont les femmes et les bébés hospitalisés à plein temps dans les Unités Mère-bébé (UMB) en France ?* » Données nationales, 2001-2007, du groupe de recherche UMB-SMF. Glangeaud-Freudenthal N. M.-C., Sutter A.L., Thieulin A.C., Chardeau P., Zimmermann M.-A., Debourg A., Massari B., Cazas O., Cammas R., Rainelli C., Poinso F., Maron M., Nezelof S., Ancel P.-Y., Khoshnood B. *in* Cahier Marcé n°4 « *Orages à l'aube de la vie. Unité mères-bébés : Liens précoces, pathologies puérpérales et développement des nourrissons* », F. Poinso et N. M.-C. Glangeaud-Freudenthal (eds), édition Érès, Toulouse, 2009, chapitre 1.

## La santé des pères

C'est un facteur déterminant dans les issues positives des soins. Nous reproduisons ici un extrait du Cahier Marcé n° 4 consacré aux soins en unité mère-bébé :

« Les premières analyses descriptives sur les données de 869 dossiers "Marcé-mère" de femmes hospitalisées avec leur bébé entre 2001 et 2007, dans 13 unités en France (article en cours de publication) confirment et complètent ces résultats : 49 % des pères des bébés hospitalisés avec leur mère étaient sans antécédents et pathologies psychiatriques connus et pour 30 % il n'y avait pas d'information sur leur santé mentale. 21 % parmi ces pères avaient eu des troubles connus (dont 6 % des troubles de la personnalité et du comportement, 4 % des troubles affectifs bipolaires ou dépressifs, 3 % des troubles schizophréniques et autres troubles délirants et 8 % d'autres types de troubles). Dans moins de 10 % des cas, ils avaient eu un traitement ou une hospitalisation psychiatrique. Le compagnon ou le conjoint avait une

activité professionnelle connue au moment de l'admission dans seulement 68 % des cas, ce qui est beaucoup plus faible que dans la population générale des jeunes pères. Seulement 26 % avaient un niveau baccalauréat ou supérieur. Les pères vivaient avec la mère du bébé dans seulement 66 % des cas et 39 % des parents était mariés, ce qui est aussi un pourcentage faible par rapport à la population générale. »

Extrait de « *Les pères dans une unité d'hospitalisation mère-bébé (UMB)* » de Poinso F, Chavagnat J.-J., Glangeaud-Freudenthal, N. M.-C. in Cahier Marcé n°4 « *Orage à l'aube de la vie : Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons* », Poinso F et Glangeaud N. M.-C. (eds), coll. La vie de l'enfant, dir. S. Missonnier, édition Érès, Paris, 2009, chap. 12.

Nine M.-C. Glangeaud-Freudenthal (1) et Anne-Laure Sutter (2)

## VI. Conventions et financements des unités mère-enfant temps plein.

Devant les difficultés pour développer de nouvelles unités et les problèmes rencontrés par certaines qui ont dû fermer ou se transformer en unités de jour par manque de personnel, le groupe de recherche sur les unités mère-enfant a voulu en savoir plus sur leur inscription dans les réseaux, leur mode de financement, leur coût et leur activité. Une enquête non publiée a été menée dans le cadre des réflexions concernant la VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie). Un questionnaire a donc été élaboré et adressé à toutes les unités d'hospitalisation temps plein et de jour, les deux modes de travail étant souvent intriqués. Vingt d'entre elles ont répondu. Les éléments suivants sont extraits de cette enquête (non publiée). On remarquera en particulier que les modalités de financements sont assez diverses : si la majorité des unités disposent d'un « prix de journée enfant » et également d'un « prix de journée mère », certaines n'ont qu'un seul prix de journée concernant l'un ou l'autre. Ceci rappelle que le développement des unités mère-bébé n'a fait l'objet d'aucune attention particulière jusqu'à ce jour, que les réunions régulières entre les équipes des unités mère-bébé (bisannuelles depuis 1993) ont seules permis des échanges concernant la construction de ce dispositif de soin, et que ceux-ci restent fort hétérogènes. Nous reproduisons, avec leur accord, une sélection des données ainsi recueillies et anonymisées.

On constate que le travail fréquent en partenariat (que ce soit avec les services de MCO, avec les services des conseils généraux, avec les réseaux locaux ou régionaux de périnatalité) est rarement formalisé. Néanmoins, si la plupart des unités d'hospitalisation sont impliquées dans les réseaux de périnatalité et la liaison, certaines paraissent privilégier un fonctionnement aut centré. Ceci pose la question de leur capacité à assurer une continuité et à poursuivre la prise en charge au-delà du temps hospitalier.

Ces données méritent quelques commentaires. Le financement par la DAF, bien qu'ayant parfois fait l'objet de conventions particulières avec l'ARH, ne semble pas pour autant avoir pu être harmonisé. On peut s'étonner de la différence des prix de journée annoncés, avec des écarts très importants, mais il faut prendre en compte que certains établissements n'ont pas mis en place la comptabilité analytique de sorte que le prix de journée annoncé est celui global de l'établissement sans que cela ne représente le coût réel de la prise en charge mère-bébé. D'une manière générale, le prix n'est pas toujours le reflet des coûts et les disparités relevées renvoient à de nombreuses causes exogènes à ces unités : on peut penser par exemple au poids des coûts fixes, vraisemblablement très différents d'une unité à l'autre.

La composition des équipes est très variable en nombre, en type de professionnel et en termes d'effectifs par lit, les écarts sont d'autant plus importants que c'est souvent la même équipe qui assure d'autres activités (liaison, travail de réseau, consultations de recours, voire accueil complémentaire de jour sous forme de CATTP) alors que seule l'hospitalisation temps plein est comptabilisée. Il est impossible d'en tirer des conclusions quant au coût moyen d'un séjour car d'une part nous n'avons pas eu la DMS moyenne au regard des prix de journée, et d'autre part, chaque séjour est souvent fait de séquences associant des temps en hospitalisation temps plein et des temps en hospitalisation de jour soit pour la mère soit pour l'enfant.

### Hospitalisation conjointe et réseaux en périnatalité

Une unité mère-enfant seule, cela n'existe pas ! Le développement des UME s'inscrit dans le contexte général d'un renforcement de l'attention portée à la dimension psychologique de la grossesse et de la naissance, comme en attestent les différents textes officiels parus depuis 2005 donnant les orientations des soins en périnatalité.

Ainsi, le Plan Périnatalité (2005-2007) « Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité » insistait sur la dimension de la sécurité psychique pour toutes les femmes en période périnatale, et plus particulièrement pour celles nécessitant un accompagnement psychosocial particulier et/ou présentant des troubles psychiatriques. La circulaire sur les collaborations médico-psychologiques en périnatalité (n°2005-300 du 4 juillet 2005) souligne, elle, la nécessité de développer les articulations entre les psychiatres et les pédopsychiatres des pôles et services de psychiatrie publique, les services d'obstétrique et de médecine néonatale. Enfin, le cahier des charges national des réseaux en périnatalité (circulaire DHOS-O1-O3/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité) prévoit les modalités de cet accompagnement psychosocial et de l'amélioration de la prise en charge des femmes présentant des troubles psychiatriques en proposant l'organisation de cet accompagnement en trois niveaux complémentaires et articulés entre eux :

1. Un niveau d'intervention sur site correspondant à une action de soins réunissant autour du psychologue/psychiatre tous les professionnels impliqués dans cet accompagnement.
2. Un niveau de conseil ou de ressource, situé sur un site ayant une expérience satisfaisante de l'accompagnement périnatal. Le rôle de ce site serait de conseiller les intervenants locaux pour les cas difficiles, ce qui suppose une organisation permettant une disponibilité vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
3. Un niveau de pilotage pouvant se situer au sein du réseau ou encore commun à plusieurs réseaux ou encore localisé au sein de la Commission régionale des naissances (CRN).

Si les unités mère-enfant devaient être intégrées dans un tel système, elles pourraient représenter le second niveau de l'organisation. Les compétences du personnel de ces unités sont telles qu'ils ont une expérience satisfaisante de l'accompagnement périnatal, qui s'associe à une connaissance des ressources et des relais existant, et sont donc « de fait » disponibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre puisque ce sont des services hospitaliers. Soulignons que certaines unités d'hospitalisation conjointe jouent déjà, dans une certaine mesure, ce rôle (Unité parents-bébé du Centre hospitalier Montfavet-Avignon, Réseau de Psychiatrie Périnatale du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, service de psychiatrie périnatale du Centre Hospitalier Esquirol à Limoges... pour n'en citer que quelques-uns, la liste est loin d'être exhaustive).

Michel Dugnat <sup>(2)</sup> et Anne-Laure Sutter <sup>(2)</sup>

## Conventions et financements.

Convention					Financement			Facturation				Description activité médicale				Commentaires
MCO	Médico-social	Conseil général	Réseau régional de périnatalité	Réseau local	DAF	ARH avenant COM	GHS = MCO Contrat	Prix de journée enfant	Prix de journée mère	Prix de journée père	Prix de journée dyade	PMSI MCO	RIM-PSY	Enfant	Parent	
			OUI		OUI			681 €	681 €				OUI	OUI	OUI	
		OUI	non formalisé	OUI	OUI			291 €	291 €				OUI			
OUI				OUI	OUI	OUI		546 €	443 €				OUI	OUI	OUI	Unité ayant structuré un réseau régional de psychiatrie périnatale
			OUI		OUI			OUI	OUI				OUI	OUI	OUI	
OUI	en cours	en cours	OUI	non formalisé	OUI				OUI HTP ou HJ				OUI	OUI	OUI	
Non Formalisé					OUI			accompagnant	OUI = autres HCP				en cours			Pas d'existence administrative
				OUI	OUI			973 €	594 € = HTP médecine							
OUI CHU					OUI							bébé	mère	OUI	OUI	
	OUI		en cours	en cours	OUI			en projet	1176 € (HJ)				OUI		OUI	
				OUI + INSERM	OUI	OUI		510 €	510 €							
				OUI + INSERM	OUI						2134 €		SSR			
					OUI			OUI	OUI				OUI	OUI		
Non formalisé		pour le CMP	Non formalisé			OUI		710 € (HTP) 291 € (HJ)	710 € (HTP) 291 € (HJ)				OUI	OUI	OUI	UF commune hospitalisation + ambulatoire
OUI (CHR)		OUI	OUI					OUI	Accompagnante					OUI		
OUI					OUI			510 € (HJ)	289 € (HTP) -340 € (HJ)				OUI	OUI		
					OUI			746 €	629 €				OUI			
				OUI	OUI			973 € (HJ)	594 € (HJ)		1093 € = médecine					HTP alternance facturation bébé-mère
					OUI			408 € (HDJ)	OUI			OUI	en cours			
OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI			OUI					OUI			
OUI			en cours			OUI							OUI	OUI	OUI	

Données 2007 recueillies auprès des unités.

## En conclusion.

Les unités mère-enfant constituent, dans le cadre du soin et de l'accompagnement des difficultés materno-familiales majeures, l'un des moyens thérapeutiques les plus adéquats dans certaines circonstances. Leur structure hospitalière offre un cadre protecteur pour l'enfant qui peut éviter de dévaloriser la mère en lui préservant ses fonctions. Elles offrent une continuité dans le soin qui permet d'accueillir les effondrements maternels et de prendre le temps afin que les possibilités du transfert maternel vers le bébé puissent se mettre en place, permettant à une mère, même atteinte de troubles psychiatriques, de le rester, en aménageant un lieu et un espace-temps qui assurera à la fois l'émergence de la maternité et le premier développement de l'enfant.

Dans les situations d'urgence, l'hospitalisation conjointe mère-bébé à temps plein n'est souvent pas possible par manque de place. Ce n'est pas la seule solution et il peut être fait appel aux différents dispositifs disponibles de proximité sur le territoire. Ce manque, comme toujours en psychiatrie, peut être à l'origine de « bricolages », certes moins sécurisants pour les soignants, mais très créatifs, qui s'appuient sur les ressources potentielles, parfois insoupçonnées, de la mère, de la famille, l'environnement. C'est l'une des raisons pour lesquelles il est fondamental que les unités mère-bébé, quel que soit leur fonctionnement, puissent être repérées et inscrites dans les réseaux de périnatalité afin que, du fait de leur expérience, elles puissent jouer un rôle de référence et de guide de bonnes pratiques dans ces situations, souvent les plus difficiles, où elles ne peuvent répondre par un accueil immédiat de la mère et/ou du bébé.

Au plan de la recherche clinique, les UMB ont constitué depuis plus de dix ans une sorte de laboratoire in vivo pour l'étude théorique et clinique des problématiques de la maternité, de la paternité, de la parentalité et de la constitution de la notion de famille. La mise en commun de l'expérience de chaque unité se fait tous les deux ans sous forme de rencontres d'échange entre équipes.

Malgré leurs différences en termes de taille, d'implantation et de financement, elles diffèrent peu dans la conduite des soins qu'elles proposent et dans leur manière de concevoir les troubles du postpartum et de la maternité. Elles poursuivent un même but et leur qualité thérapeutique compense insuffisamment leur déficit en nombre (à peine une soixantaine de lits répartis sur une dizaine de lieux différents).

À la lumière des prix de journée et des durées d'hospitalisation, plus longues que celles nécessitées par le soin du trouble psychiatrique seul, ce type d'hospitalisation apparaît très onéreux. Cela reste à vérifier en intégrant tous les coûts annexes, hors santé, des autres modes de prises en charge (substituts familiaux ou sociaux pour l'enfant, coûts de justice et d'accompagnement, coût en arrêt de travail du père, etc.) pour assurer les soins du bébé sur une durée qui peut être prolongée par la séparation même de la mère et de l'enfant. Il faut souligner que cela ne constitue pas un frein à l'admission de caractère discriminatoire dans la mesure où ces différences dans le mode de prise en charge, qui ont une répercussion sur les différences de prix, ne touchent que pour une partie très réduite le « budget des ménages » concernés, le risque étant pris en charge par l'assurance maladie.

Il est regrettable cependant de ne pas pouvoir disposer de données médico-économiques plus précises vu les difficultés manifestes des établissements à l'enregistrement spécifique de cette activité. C'est pourquoi la recherche quant aux indications et à l'identification médico-économique doit se poursuivre parallèlement à celle de l'évaluation de son efficacité et de ses limites.

S'il n'est donc pas possible de dessiner un modèle standard d'organisation de l'offre de soins en hospitalisation mère-bébé à temps plein en période périnatale, il est cependant nécessaire de penser sur tous les territoires de santé un dispositif de soin spécialisé étroitement articulé avec les autres niveaux d'intervention dans un réseau de périnatalité. Il s'agit d'assurer au mieux le repérage et l'accompagnement des troubles dépressifs puerpéraux (par les médecins généralistes, sages-femmes, services de PMI et services de gynéco-obstétrique et de pédiatrie), les évaluations des difficultés du lien mère-enfant et les interventions psychiatriques spécialisées dans la communauté (par les équipes de liaison spécialisées en périnatalité des secteurs de psychiatrie) et des modalités de prise en charge diversifiées par des unités spécialisées référentes chargées aussi du soutien des autres intervenants. Selon les territoires, leur dimension et leur situation urbaine ou non, il pourra s'agir d'unité en hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile et/ou hospitalisation temps plein, à la condition qu'elles soient de taille suffisante pour assurer la transmission des savoirs faire et la dimension de recherche sur la clinique et les pratiques nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques périnataux qui sont loin d'être marginaux tant sur le plan de leur fréquence que sur celui de leurs conséquences.

Catherine Isserlis <sup>(3)</sup>

# PLURIELS

La lettre  
de la

Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Serge Kannas

**Rédacteur en chef :**  
Sabine Rivet

**Ont participé à ce numéro :**  
O. Cazas, Michel Dugnat, Nine M.-C.  
Glangeaud-Freudenthal, Catherine Isserlis,  
Serge Kannas, S. Nezelof, Chr. Rainelli,  
Anne-Laure Sutter.

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,  
75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : mission@mnaasm.com

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnaasm.com](http://www.mnaasm.com)