

**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin-Inspecteur de Santé Publique**

*Date du Jury : avril 2001*

---

**DÉPISTAGE ET PRISE EN CHARGE DES  
TROUBLES PRÉCOCES DE LA RELATION  
MÈRE-BÉBÉ EN LIMOUSIN**

APPORT DE L'UNITÉ D'HOSPITALISATION  
MÈRE-BÉBÉ EN PSYCHIATRIE

---

**Dr ANGLADE Cécile**

**Je tiens à remercier :**

➤ *l'ensemble des personnes rencontrées, pour leur disponibilité et leur clarté,*

➤ *le Docteur Arlette DANZON pour ses conseils et son soutien,*

➤ *l'équipe de l'UHMB du Pavillon Bergouignan et l'équipe de l'UHMB de la Crèche thérapeutique, plus particulièrement les Docteurs Fabienne SOUCHAUD et Christine RAINELLI, pour leurs explications sur la pathologie mère-bébé,*

➤ *le personnel de la DRASS du Limousin, pour sa disponibilité, plus particulièrement les Docteurs Evelyne MILOR, Marie-Laure FÉRIAL et Françoise PISSAVY qui m'ont permis de connaître et d'apprécier le métier de Médecin Inspecteur de Santé Publique dès mon Internat.*

*Amour de ma mère, à nul autre pareil.*

Albert COHEN. "Le livre de ma mère"

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
<b>LES TROUBLES PRECOSES DE LA RELATION MERE-BEBE.....</b>	<b>4</b>
<b>.1 DEFINITIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>.2 HISTORIQUE.....</b>	<b>6</b>
.2.1 A l'étranger.....	6
.2.2 En France.....	7
<b>.3 PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE EN EVOLUTION .....</b>	<b>8</b>
<b>.4 ENJEUX .....</b>	<b>10</b>
.4.1 Enjeux de santé publique .....	10
.4.2 Enjeux institutionnels.....	12
.4.2.1 La réglementation .....	12
.4.2.2 Les partenaires .....	16
<b>L'EXEMPLE DE LA REGION LIMOUSIN .....</b>	<b>20</b>
<b>.1 CONTEXTE .....</b>	<b>21</b>
.1.1 Géographie et démographie .....	21
.1.2 Périnatalité .....	22
.1.3 Psychiatrie.....	24
<b>.2 METHODOLOGIE .....</b>	<b>26</b>
.2.1 Démarche.....	26
.2.2 Recherche bibliographique.....	27
.2.3 Entretiens .....	27
.2.4 Analyse thématique .....	28
<b>.3 RESULTATS .....</b>	<b>29</b>
.3.1 Bilan de fonctionnement des unités existantes .....	29
.3.1.1 Unité d'hospitalisation mère bébé temps plein.....	29
.3.1.2 Unité d'hospitalisation mère bébé de jour.....	31
.3.1.3 Activités de recherche et de formation .....	31
.3.1.4 Exemple de prise en charge.....	33
.3.2 Organisation du dépistage et de la prise en charge.....	34
.3.2.1 En Haute Vienne.....	34
.3.2.2 En Corrèze.....	41
.3.2.3 En Creuse .....	43

<b>.4 ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>45</b>
.4.1 Organisation .....	45
.4.2 Dysfonctionnements et points faibles.....	46
.4.3 Besoins.....	48
<b>DISCUSSION ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>49</b>
<b>.1 FORMATION, INFORMATION ET SENSIBILISATION DES ACTEURS .....</b>	<b>50</b>
.1.1 Une formation à partir des UHMB .....	50
.1.2 Une information par les équipes locales, avec le soutien des UHMB.....	54
<b>.2 MISE EN PLACE D'UN RESEAU DEPARTEMENTAL .....</b>	<b>57</b>
.2.1 Principes.....	58
.2.1.1 Continuité des soins .....	58
.2.1.2 Qualité .....	58
.2.1.3 Proximité .....	59
.2.2 Organisation .....	59
.2.2.1 Référent coordonnateur .....	59
.2.2.2 Dossier de suivi.....	60
.2.2.3 Structure pivot, essentiellement départementale .....	60
<b>.3 POURSUITE DES RECHERCHES ET COOPERATIONS.....</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>67</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>72</b>

## LISTE DES ABREVIATIONS

- ARH** : agence régionale d'hospitalisation
- ASE** : aide sociale à l'enfance
- CAMPS** : centre d'action médico-sociale précoce
- CH** : centre hospitalier
- CHRU** : centre hospitalier régional universitaire
- CHS** : centre hospitalier spécialisé
- CMP** : centre médico-psychologique
- CMPP** : centre médico-psycho-pédagogique
- DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- DRASS** : direction régionale des affaires sanitaires et sociales
- ERSM** : échelon régional du service médical
- HCSP** : haut comité de la santé publique
- MIR** : médecin inspecteur régional
- MISP** : médecin inspecteur de santé publique
- PMI** : protection maternelle et infantile
- SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire
- UHMB** : unité d'hospitalisation mère bébé
- URML** : union régionale des médecins libéraux

## INTRODUCTION

Dans nombre d'hôpitaux français, il est difficile pour un enfant hospitalisé en pédiatrie, de bénéficier de la présence de sa mère. De même, de nombreux services de néonatalogie ne disposent pas d'unité mère-kangourou. Quant à une femme présentant des troubles psychiques du post-partum, il est rare qu'elle ne soit pas séparée de son bébé si son traitement nécessite une hospitalisation.

Dans le champ de la médecine, la périnatalité désigne la période qui va de la vingt-huitième semaine de vie intra-utérine au septième jour de vie postnatale. La périnatalité psychique recouvre, elle, une période comprise entre le projet d'enfant chez les parents et la deuxième année de vie du nourrisson.

Dans une autre acception, le terme périnatalité désigne aussi le champ qui rassemble l'ensemble des acteurs : soignants du corps du bébé ou de la mère, soignants du psychisme du bébé et/ou de la mère, interlocuteurs du père. Ils interviennent dans le monde relationnel et "représentationnel" de la triade père-mère-bébé.

Aujourd'hui, le terme périnatalité désigne donc à la fois une période de la vie et un mouvement de transformation essentielle pour l'enfant et les parents. La reconnaissance récente des compétences du nouveau-né (LEBOVICI, 1983) a permis de prendre conscience des enjeux que représente la toute petite enfance dans la construction d'un individu. Les troubles précoces de la relation mère-bébé peuvent avoir des conséquences psychiques graves chez l'enfant : il a été montré que 40 % des enfants de parents ayant présenté des troubles affectifs autour de la naissance reçoivent un soin psychiatrique à un moment quelconque de leur vie d'adulte (BEARDSLEE *et al.*, 1983). Tout ceci a conduit certains professionnels à des améliorations de la prise en charge "psychique" du nouveau-né et au développement de nouvelles pratiques de soins (CRAMER et PALACIO-ESPASA, 1993 ; STOLERU et MORALES, 1989).

Dans la grande multiplicité des modalités de soins possibles dans ce secteur de la toute petite enfance - la consultation thérapeutique, les interventions familiales systématiques, les soins à domicile... -, l'hospitalisation conjointe mère-bébé (UHMB) en psychiatrie occupe une place particulière. Elle est généralement évoquée quand la gravité de la situation perçue

par les intervenants fait soulever le problème de l'éventuelle séparation de la mère et de son bébé.

Seize UHMB ont été créées en France depuis les années 80. Deux de ces unités sont localisées en Haute-Vienne. Ces structures possèdent des places<sup>1</sup> en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. La population accueillie vient de l'ensemble de la région avec une nette prédominance du département de la Haute-Vienne. Ces unités ont permis d'enrichir les modalités de prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé dans la région. Cependant, les UHMB restent encore mal connue auprès de certains professionnels, de même que l'ensemble de la pathologie liée aux dysfonctionnements des interactions mère-bébé.

La population des femmes enceintes, en post-partum et des bébés ainsi que le développement de nouvelles pratiques de soins répondant à une avancée des connaissances médicales concernent le médecin inspecteur de santé publique (MISP) à plusieurs niveaux.

En Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), le MISP participe à l'élaboration des politiques régionales de santé et à la planification sanitaire. Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), il est amené à articuler les recommandations du SROS psychiatrie relatives aux troubles précoces de la relation mère-bébé avec celles du SROS périnatalité.

En tant que fonctionnaire de l'Etat, il doit veiller à la bonne collaboration entre les services déconcentrés, les Collectivités territoriales et de l'Assurance maladie pour les champs de compétence communs tel que la périnatalité.

Ainsi, ce travail portera sur l'étude de l'organisation actuelle du dépistage et de la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé dans la région Limousin chez les femmes enceintes, en post-partum et leur bébé. Il recherchera des dysfonctionnements dans cette organisation. Enfin, nous ferons des propositions pour améliorer/optimiser ce système.

---

<sup>1</sup> Une place correspond à l'ensemble : un lit et un berceau pour la dyade mère-bébé.

## **LES TROUBLES PRECOCES DE LA RELATION MERE-BEBE**

## **.1 DEFINITIONS**

Les troubles précoces de la relation mère bébé peuvent recouvrir différents tableaux :

### **- chez la mère :**

- un syndrome dépressif sévère du pré ou du post-partum.
- des troubles psychotiques aigus, survenant à l'occasion de la grossesse ou de la naissance (psychose du post-partum).
- des antécédents de troubles psychotiques (connus et parfois suivis) décompensés au décours de la grossesse et/ou de l'accouchement (schizophrénie, psychose bipolaire, état limite).
- des dysfonctionnements de la maternalité. Il s'agit de femmes en détresse qui n'arrivent pas à construire une identité maternelle et à établir des liens satisfaisants avec leur bébé.
- des conduites addictives : alcoolisme, toxicomanie...
- une débilité.

### **- chez l'enfant :**

- il n'existe pas forcément de troubles visibles dans un premier temps. Il s'agit surtout d'éviter l'apparition de troubles psychiques ou somatiques, conséquence de la pathologie psychiatrique de la mère sur le développement de son enfant.
- troubles relationnels graves de la relation mère-enfant (maltraitance, défaut de stimulation, excès de stimulation) entravant ou menaçant la santé psychologique ou physique de l'enfant).

## **.2 HISTORIQUE**

### **.2.1 A l'étranger**

Aux Etats Unis, René SPITZ a décrit la dépression anaclitique du nourrisson, chez des nouveau-nés ayant connu des carences de relations et de soins maternels (SPITZ, 1965).

Le rapport de John BOWLBY, "Soins maternels et santé mentale", présenté à l'Organisation mondiale de la santé en 1951 mettait en avant les conséquences des séparations précoces, même brèves (lors d'hospitalisation de l'un ou l'autre séparément) du nouveau-né et de sa mère (BOWLBY, 1951).

En Angleterre, les travaux de R. SPITZ et J. BOWLBY ont permis de sensibiliser la communauté scientifique et l'opinion publique aux conséquences néfastes des séparations précoces mère-bébé.

Ainsi, en 1975, une mère anglaise pouvait être hospitalisée avec son enfant dans les deux tiers des services de pédiatrie anglais. En cas d'intervention chirurgicale, elle pouvait accompagner son enfant jusqu'au bloc opératoire et l'attendre à la sortie. Dans 80 % des services, les visites des parents étaient possibles à n'importe quelle heure du jour et de la nuit. Ces mesures étaient également intéressantes sur le plan financier pour le National Health Service. En effet, parmi les études menées sur les conséquences de la présence de la mère sur le rétablissement de l'enfant, une enquête effectuée sur 200 enfants ayant subi une amygdaléctomie a montré une importante diminution du taux d'hémorragie et d'infections secondaires, source d'économies non négligeables par la diminution de la durée d'hospitalisation (DUGNAT, 1999).

Dans ce contexte, il a paru intéressant d'éviter de séparer la mère souffrant de pathologie psychiatrique de son bébé durant son hospitalisation. Pour cela, la première unité d'hospitalisation conjointe mère bébé en psychiatrie a été créée dans la banlieue de Londres dès 1959. Elle avait une capacité d'accueil de 8 dyades. Les résultats obtenus dans cette unité confirmait ce qui était observé pour les pathologies somatiques du jeune enfant, à savoir, la diminution de la durée d'hospitalisation pour la mère et la diminution importante du nombre de rechutes des mères dans les six mois suivant leur sortie de l'hôpital.

Les UHMB en psychiatrie se sont développées jusqu'en 1985 en Angleterre, où l'on dénombrait alors 300 places d'hospitalisation mère-enfant pour plus de 2000 séjours dans

l'année. Ces structures avaient chacune de petites capacités (un à trois lits par établissement).

En 1991, il ne restait que 133 places d'UHMB en Angleterre.

En France au même moment, les premières UHMB commençaient à apparaître pour une capacité totale d'à peine 20 places.

## **.2.2 En France**

Le Docteur Jean Claude RACAMIER souhaitait dès **1961** la création d'unités de soins psychiatriques pour troubles mentaux de la maternité, organisées pour recevoir et traiter aisément les mères avec leur nourrisson ou avec leur jeune enfant. Il avait en effet expérimenté les premières hospitalisations conjointes, à l'hôpital psychiatrique de Prémonté dans l'Aisne, repéré la dimension préventive de cette pratique, souligné la spécificité de la pathologie du post partum et insisté sur la nécessité du travail entre psychiatres et obstétriciens à ce sujet (RACAMIER *et al.*, 1961).

La politique d'humanisation des hôpitaux inaugurée par S. VEIL dans **les années soixante dix** a permis progressivement un meilleur accès des parents aux services de pédiatrie, diminuant la durée des séparations parents-enfants durant les hospitalisations des enfants.

C'est seulement en **1980** que s'est créée la première unité d'hospitalisation mère bébé en psychiatrie, au Centre hospitalier général de Créteil.

En **l'an 2000** en France, on dénombre 16 UHMB (Annexe 1). Treize unités réalisent des hospitalisations complètes (43 places au total) et 3 réalisent des hospitalisations de jour (36 places). Chacune des UHMB possède une capacité de 2 à 6 places (sauf l'UHMB de Créteil qui peut accueillir 8 dyades).

Depuis 1993, les UHMB françaises se réunissent tous les deux ans pour faire progresser leur pratique, avec d'autres unités européennes<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Actes des journées des UHMB 1993 ; 1995 ; 1997 ; 1999.

### .3 PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE EN EVOLUTION

L'histoire de la pratique de l'hospitalisation conjointe ne se limite pas à celle d'un dispositif de soins. Il est nécessaire d'envisager le contexte des théories dominantes dans le champ de la psychiatrie et de la psychologie de l'enfant dans lequel a eu lieu le développement de l'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie. Il apparaît clairement qu'en Angleterre et dans le monde anglo-saxon d'une part, et en France d'autre part, des traditions théoriques sous-tendaient à l'époque une attention plus ou moins importante pour tel ou tel type de pathologie, tel ou tel moment de la vie de l'enfant.

Ainsi, en Angleterre et dans les pays anglo-saxons, l'accent a été mis sur les troubles liés à la séparation de la mère et de son enfant et ses conséquences sur l'attachement. Les travaux de M. AINSWORTH (AINS WORTH *et al.*, 1978) ont décrit les différents modes d'attachement et ont ainsi renforcé ceux de J. BOWLBY (BOWLBY, 1951). D.W. WINNICOTT, lui, a mis en évidence la *préoccupation maternelle primaire* qui devait exercer une importante influence sur la pensée concernant le nourrisson, son développement et la relation à sa mère (WINNICOTT, 1956).

En France, on a d'abord étudié la souffrance des nouveau-nés déjà séparés de leur mère car placés en pouponnière<sup>3</sup> (M. DAVID et G. APPELL, 1962). Suite à la découverte des carences dont souffraient les nouveau-nés séparés de leur mère, le Ministère chargé des Affaires sociales a mis en place en 1978 "l'opération pouponnière" (MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 1997). Cette action avait pour objectif d'améliorer les conditions de vie des enfants dans ces établissements.

Les travaux de S. LEOVICI, et de S. STOLERU, pédopsychiatres, ont mis en évidence les interactions parents-nourrisson (LEBOVICI, 1983). Ces interactions précisent comment les effets qu'exerce le bébé sur ses parents en retour, influencent à leur tour de manière active les soins qu'il reçoit. Les échanges entre M. SOULE, psychiatre et P. KREISLER, pédiatre ont enrichi la connaissance de la psychopathologie du tout petit enfant et ont permis d'insister sur l'intérêt de la prévention médico-psycho-sociale précoce (KREISLER, 1989 ; SOULE, 1977).

---

<sup>3</sup> Le placement en pouponnière d'un enfant de moins de trois ans implique une séparation d'avec sa mère.

Au début des années 90, R. CLEMENT dans "Parents en souffrance" s'est intéressé aux troubles de la parentalité ou *dysparentalité* (CLEMENT, 1993). En 1998, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a mis en place un groupe de réflexion sur les enjeux de la parentalité, mené par D. HOUZEL, psychiatre et psychanalyste (MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 1999). Ces travaux, menés à partir d'étude de cas cliniques, ont permis de préciser les trois axes de la parentalité afin de mieux apprécier où se situaient les dysfonctionnements et quelles solutions y apporter. Dès la maternité, dans l'accompagnement des familles autour de la naissance, dans le champ de la petite enfance, de la médiation familiale, de la prévention de la maltraitance..., le soutien à la parentalité doit être une priorité pour les professionnels médicaux et sociaux (MOLENAT et TOUBIN, 1996).

En France, l'hospitalisation mère bébé en psychiatrie, généralement thérapeutique pour la mère et potentiellement préventive pour le bébé, permet la prise en charge des psychoses puerpérales, des états dépressifs les plus graves et d'autres difficultés liées à des carences dans l'enfance de la mère. Elle se pratique en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour.

Dans les UHMB, le soin repose d'abord sur une observation attentive par une équipe expérimentée des interactions entre la mère et le bébé, voire la mère, le père et le bébé. Cette observation essentielle pour l'organisation des interventions, se heurte à des difficultés particulières liées à la diffraction du transfert et du contre-transfert entre une équipe et une dyade mère-bébé. Dans un deuxième temps, le soignant fait le lien entre la mère et son enfant : il accompagne et soutient la mère dans les activités quotidiennes relatives à son bébé (toilette, alimentation, change). Il l'aide à entrer dans son processus de maternalité.

Une évaluation rigoureuse des compétences maternelles, une attention à différents niveaux de l'interaction, une rigueur dans l'analyse des mouvements psychiques entre l'équipe et la dyade supposent un cadre institutionnel précis. Ce travail d'observation constitue la base du travail de réflexion sur l'étayage de la mère qui est le cœur du quotidien. Des entretiens réguliers proposés dans une perspective psychothérapique permettent à la mère de reprendre son travail psychique de maternalité.

L'observation clinique du bébé s'appuie sur la méthode d'Esther BICK (BICK, 1964). Le soignant observe directement le processus d'attention du bébé dans certaines situations : l'alimentation, le sommeil, les soins corporels, les activités ludiques et les séparations et note leur évolution sur sa grille d'observation.

L'hospitalisation conjointe des mères avec leur nouveau-né dans les UHMB constitue une nouvelle pratique de soins en France. Cette modalité de prise en charge encore récente concerne à la fois les professionnels de la mère et de ceux de l'enfant, les établissements sanitaires et sociaux, et les institutions de l'Etat et des collectivités territoriales.

## **.4 ENJEUX**

Les enjeux de la prise en charge des troubles précoces mère-bébé se déclinent en terme de santé publique et d'institutions.

### **.4.1 Enjeux de santé publique**

La plupart des recherches estiment qu'à peu près une mère sur dix est déprimée (au sens large de la dépression dans la nosographie psychiatrique) dans les mois qui suivent la naissance. Les conséquences de cette pathologie sur le développement affectif, intellectuel et social de l'enfant sont mieux connues aujourd'hui, grâce à plusieurs enquêtes (KELLER *et al.*, 1986 ; MURRAY, 1992 ; WEINBERG et TRONICK, 1995). Si on estime à 700 000 le nombre de naissances annuelles en France, la dépression du post-partum touche plusieurs dizaines de milliers de femmes chaque année en France. Même si la dépression maternelle dans la plupart des cas s'estompe – sans qu'il y ait malheureusement de prise en charge -, elle laisse des traces dans l'interaction, dans le mode d'attachement, dans l'estime d'elle-même de la mère, dans l'histoire familiale...

Par ailleurs, dans une naissance pour mille, la grossesse donne lieu à un effondrement psychotique marqué par la dépression mélancolique ou par la confusion délirante, nécessitant la plupart du temps une hospitalisation psychiatrique. Le risque de cet épisode psychotique dans le premier mois du post-partum est trente cinq fois plus élevé que dans n'importe quel mois de la vie de la femme avant une naissance (DUGNAT, 1999)... Ces états d'effondrement psychotique du post-partum représentent donc un événement grave pour plusieurs centaines de femmes en France chaque année. Etant donné leur pronostic médical assez favorable à court terme, ils contrastent avec les grossesses chez les femmes présentant des troubles mentaux préexistants qui peuvent être réactivés.

Pour les quelques milliers de femmes enceintes chaque année souffrant d'une schizophrénie et pour lesquelles les progrès de la prise en charge ont rendu possible une vie conjugale et familiale, la naissance d'un enfant est un droit mais aussi un facteur de déstabilisation. En 1979, la pouponnière départementale du Val de Marne (pouponnière de Sucy en Brie) accueillait 10 % d'enfants en situation d'urgence du fait de la pathologie psychiatrique maternelle. Ce chiffre est passé à 30 % en 1986 et était encore de 25 % en 1991<sup>4</sup>.

L'importance de ces chiffres fait s'interroger en terme de santé publique : pourquoi aussi peu de réflexion sur les modalités de prise en charge de ce problème clinique ?

Ces trois grands troubles de la psychiatrie périnatale (dépression, épisodes psychotiques aigus, décompensation de troubles chroniques) sont bien différents du *blues du post-partum*. En effet, ce blues touchent beaucoup plus de femmes, 30 à 70 % suivants les critères de définition (GUEDENEY, 1997), occasionne des troubles très modérés et cesse spontanément au bout de quelques jours sans laisser de séquelle.

Les hospitalisations psychiatriques conjointes (mère et bébé) ne sont pas sans poser de questions. Certains rappellent à juste titre le poids de l'hospitalisation en psychiatrie (fût-ce dans un service de pédopsychiatrie d'un hôpital général équipé d'un département mère enfant), ses limites, les dangers que cette hospitalisation de la mère et de l'enfant fait courir au couple déjà fragilisé par la pathologie maternelle, l'insuffisante réflexion des indications sur le plan clinique, et enfin, dans un registre différent, la question de leur coût.

Des enquêtes épidémiologiques, rétrospectives et prospectives pourraient aider à répondre à ces questions que se posent à la fois les cliniciens, mais aussi, de plus en plus, les "financeurs", inquiets du coût et de l'efficacité des interventions précoces.

Il a été déjà possible d'objectiver l'impact de la dépression maternelle du post-partum sur les capacités d'adaptation sociales et scolaires de l'enfant (SINCLAIR et MURRAY, 1998).

De plus en plus d'articles font état de troubles relationnels mère-bébé chez les prématurés (DOCUMENT, 1977 : KESTPEMBERG, 1982).

---

<sup>4</sup> Actes des journées des UHMB, 1993

## **.4.2 Enjeux institutionnels**

Les enjeux institutionnels reposent sur les textes réglementaires et concernent l'ensemble des partenaires intervenant dans le champ de la périnatalité.

### **.4.2.1 La réglementation**

#### ***Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.***

Ce texte complète la circulaire du 14 mars 1990 fixant les principales orientations de la politique de santé mentale, en prenant en compte les dispositions instaurées par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Il est demandé de :

- contribuer à l'amélioration des conditions de développement psychoaffectif et intellectuel des enfants et adolescents,
- traiter précocement les troubles d'ordre psycho-pathologique survenant au cours de l'enfance et de l'adolescence,
- prendre en considération les risques évolutifs à plus long terme, et leurs conséquences à l'âge adulte.

Pour cela, il faut s'appuyer sur les priorités régionales, inscrites dans le SROS psychiatrie, en cohérence et en complémentarité avec les schémas départementaux de santé mentale dans lesquels ont pu être intégrés les propositions et les objectifs des équipes de santé mentale. Ces actions doivent être menées dans un souci d'amélioration de l'utilisation des équipements et ressources disponibles, et de coopération inter institutionnelle et pluridisciplinaire.

***Circulaire DGS n°99/394 du 6 juillet 1999 relative à la mise en place des commissions régionales de la naissance***

Les commissions régionales de la naissance, créées en 1988 contribuent à la mise en œuvre de la politique périnatale au niveau régional avec les établissements de santé et l'ensemble des professionnels et institutionnels concernés.

L'arrêté du 8 janvier 1999 redéfinit les missions des conférences régionales de la naissance. Il est précisé que ces commissions doivent favoriser le travail en réseau afin de permettre une meilleure prise en charge des femmes et des nouveau-nés pendant la grossesse, au moment de la naissance et au cours de la période postnatale, plus particulièrement pour les femmes en situation de vulnérabilité, que celle-ci soit d'ordre médical, social ou psychologique.

Le champ de réflexion des commissions concerne les soins et la prévention durant la période périnatale, notamment la prévention des troubles de l'établissement de la relation mère-enfant.

Les commissions doivent être des forces de propositions auprès des DRASS, en matière de formation des professionnels intervenants dans le champ de la périnatalité, mais aussi en matière d'actions ciblées sur la préparation à la naissance et à la parentalité.

***Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée.***

Le "plan Juppé" fixe l'échelon régional comme le niveau géographique le plus adapté pour organiser la planification hospitalière. Le niveau régional est également présenté comme étant le plus à même pour repérer les difficultés propres à une région et pour suivre la mise en place d'une politique de santé.

Pour ce faire, l'ordonnance instaure les agences régionales d'hospitalisation (ARH) dont le directeur, qui assure la présidence de la commission exécutive, est détenteur de la quasi totalité des pouvoirs de tutelle et de contrôle dévolus jusqu'alors aux préfets de département (détermination de la dotation globale de financement et fixation des budgets) et de région (régime des autorisations, élaboration de la carte sanitaire et du schéma régional d'organisation sanitaire dont l'annexe a désormais valeur réglementaire). La commission

exécutive est composée à parité de représentants de l'Etat (DDASS et DRASS) et de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie.

L'Ordonnance incite à la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et l'ARH. Ces contrats doivent déterminer les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

La mise en place de réseaux de soin spécifiques à certaines installations et activités de soins ou à certaines pathologie est un autre élément de l'Ordonnance. Ces réseaux ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins.

### ***Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle***

Cette loi a insisté sur le caractère stratégique du SROS. Les schémas de deuxième génération prennent acte du fait, qu'au-delà des instruments traditionnels de planification (carte sanitaire, autorisation), les contrats d'objectifs et de moyens et la procédure d'allocation de ressources aux établissements constituent également des instruments efficaces pour organiser un redéploiement des moyens.

Le diagnostic régional permet de déterminer les priorités. Toutefois, les SROS ont pris en compte des priorités nationales telles qu'elles résultent de normes réglementaires (Décrets périnatalité et urgence). En conséquence, la majorité des régions ont repris dans leur SROS ces deux thèmes.

### ***Plan périnatalité 1995-2000***

Au début des années 90, à la demande du Ministre de la santé, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) a mené une réflexion sur la sécurité et la qualité de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance prenant en compte leurs dimensions psychoaffective, sociale et culturelle (HCSP, 1994). Les recommandations formulées dans ce rapport ont contribué à l'élaboration du plan périnatalité présenté par le gouvernement en avril 1994.

Les quatre objectifs à atteindre en cinq ans sont :

- la diminution de 30% de la mortalité maternelle<sup>5</sup>,
- la diminution d'au moins 20% de la mortalité périnatale<sup>6</sup>,
- la diminution de 25% du nombre d'enfants de faible poids de naissance<sup>7</sup>,
- la diminution de 50% du nombre de femmes peu ou mal suivies pendant leur grossesse<sup>8</sup>.

Pour répondre à ces objectifs, cinq priorités sont décidées :

- 1- accroître la sécurité lors de l'accouchement,
- 2- améliorer le suivi de la grossesse,
- 3- améliorer les soins aux nouveau-nés,
- 4- humaniser les conditions d'accouchement,
- 5- évaluer la politique de suivi.

Le dépistage et la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé font partie des priorités 1, 2, 3 et 4. Une grossesse et/ou une naissance psychiquement mal assumées, par la mère notamment, peut/peuvent avoir des conséquences graves allant jusqu'à la maltraitance de l'enfant, elle même facteur possible de maltraitance à la génération suivante (CLEMENT, 1993). La prévention de la maltraitance est une condition de sécurité et de qualité de la naissance. Le concept de sécurité à la naissance dépasse la seule acceptation de sécurité physique pour s'élargir au concept de sécurité psychosociale.

Les conditions de la naissance et les professionnels, par leurs actions, peuvent diminuer les inégalités et prévenir pour une part la maltraitance et les troubles psychopathologiques de l'enfant.

---

<sup>5</sup> Il s'agit du nombre de mères décédées (au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après l'accouchement) pour 100 000 naissances.

<sup>6</sup> mortalité entre 28 semaines d'aménorrhée et 1 semaine après l'accouchement.

<sup>7</sup> poids de naissance inférieur à 2500 g.

<sup>8</sup> femmes enceintes ayant moins de 3 consultations pendant leur grossesse

#### .4.2.2 Les partenaires

##### ***DRASS, coordonnateur régional des politiques de santé en liaison avec les DDASS***

La périnatalité, à travers la protection maternelle et infantile et l'aide sociale à l'enfance est un champ de compétence partagé entre le Conseil Général et l'Etat. L'amélioration de l'organisation du dépistage et de la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé passe par un réel partenariat entre ces institutions, dans lequel la DRASS peut occuper la place de coordonnateur en liaison avec les direction régionales des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

##### ***Le MIR en collaboration avec le MISP départemental***

Le médecin inspecteur régional (MIR) coordonne les politiques régionales de santé en collaboration avec les médecins inspecteurs des DDASS.

Le MISP peut être responsable de l'élaboration d'une politique de santé dans les domaines sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés concerne l'ensemble de ces domaines. Pour cela, il va s'appuyer sur des textes réglementaires, des indicateurs de santé publique, il peut également s'entourer de personnes compétentes sur la thématique retenue. Ainsi, il pourra élaborer un programme d'actions sur la problématique retenue et dans la zone considérée.

L'évaluation et le contrôle des actions entreprises sont de la compétence du MISP. Dans ce cadre, il peut être amené à proposer des modifications des processus évalués pour les améliorer.

Le MISP doit veiller à ce que les citoyens aient un accès égal aux soins mais aussi un système de qualité. Les nouveautés scientifiques qui ont fait la preuve de leur efficacité et qui présentent un bon rapport coût-efficacité doivent être proposées à l'ensemble des usagers (autant aux ruraux qu'aux citadins). Pour cela, il faut favoriser le travail en réseau des professionnels pour que la bonne personne reçoive la bonne prise en charge au bon moment.

## ***Protection Maternelle et infantile (PMI)***

"La PMI peut se définir comme un ensemble de mesures techniques, législatives, administratives, financières, visant à protéger la santé de la future mère de la mère et de l'enfant de zéro à six ans, sans distinction de ressources, ni de statut socio-économique."  
(LAROQUE, 1980)

La PMI est un service médico-social pluridisciplinaire coordonné par un médecin responsable et organisé en secteurs. Selon le département, le service peut aussi être composé de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices, de conseillères conjugales, d'infirmières, de psychologues...

Créée par l'Ordonnance du 2 novembre 1945, la PMI relève des compétences des Conseils Généraux depuis les Lois de décentralisation des 7 janvier et 22 juillet 1983.

Les missions réglementaires de ce service ont été redéfinies par la Loi du 18 décembre 1989 relative à la Protection et à la Promotion de la Santé de la Famille et de l'Enfance, et par le Décret du 6 août 1992 complétant cette Loi, afin de s'adapter aux évolutions de la société

Ainsi, concernant le suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés, la PMI doit organiser :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociales en faveur des femmes enceintes.
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressées, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés.
- le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que la traitement de ces informations.
- l'édition et la diffusion de documents relatifs à la promotion de la santé.

Le décret précise le nombre minimal d'actions et de personnel que les services du Département doivent consacrer à la périnatalité :

- 16 demi-journées par semaine de consultation prénatale et de planification et éducation familiales pour 100 000 habitants de 15 à 49 ans, dont au moins quatre demi-journées de consultation prénatale,
- une sage-femme à temps plein pour 1 500 enfants vivants au cours de l'année précédente, de parents résidant dans le département.

Cependant, ces normes ne sont pas toujours atteintes dans certains départements, à cause d'un manque de professionnels ou de moyens.

### ***L'aide sociale à l'enfance (ASE)***

L'aide sociale à l'enfance est une action sociale en faveur de l'enfance et de la famille. L'ASE est un droit qui s'exerce à l'égard de toutes les familles.

Les missions du service de l'ASE sont définies par l'article 40 du Code de la famille et de l'action sociale :

- "apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre,
- organiser dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles,
- mener en urgence des actions de prévention en faveur des mineurs menacés,
- pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal,
- mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à la protection de ceux-ci."

Le service de l'ASE est placé sous l'autorité du Président du Conseil Général. C'est le Département qui finance les dépenses. Les personnels de l'ASE sont organisés en secteurs d'action sociale ; chaque responsable de secteur ou de regroupement de secteurs travaille avec ses collègues de la PMI pour mettre en place des actions de formation ou de sensibilisation sur la protection de l'enfance.

Des prestations d'aide à domicile (aide financière, aide éducative, intervention d'une travailleuse familiale ou d'une aide ménagère) peuvent être proposées à la mère, au père, à la personne qui assure la charge effective de l'enfant ou à la femme enceinte. L'intervention financée doit permettre d'éviter le placement d'un enfant suite à une absence de la mère du domicile. Les dossiers de prise en charge sont instruits par les travailleurs sociaux du

secteur. Pour les difficultés liées à la grossesse ou à la maternité, le médecin de PMI dispose, lui aussi d'un budget.

Parmi les structures d'hébergement gérées par l'ASE, les établissements d'accueil mère-enfant peuvent être utilisés dans la prise en charge de femmes enceintes ou de femmes en post partum accompagnées de leur nouveau-né.

### ***L'union régionale des médecins libéraux (URML)***

Les URML ont été créées dans l'objectif d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Elles font l'interface entre les institutions et organismes liés à la santé d'une part et les médecins libéraux d'autre part. Les domaines d'actions des URML ainsi que leur fonctionnement et leur attribution sont définis par la Loi du 4 janvier 1993, complétée par le Décret du 14 décembre 1993.

Les principales missions des URML sont :

- l'analyse, l'organisation et la régulation du système de santé,
- l'évaluation des besoins médicaux
- l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles

Les missions complémentaires sont :

- la coordination avec les autres professionnels de la santé
- l'information des médecins et des usagers
- la formation des médecins
- les actions de prévention

Tous les médecins libéraux doivent verser une cotisation à l'URML, dans la limite d'un taux de 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

## **L'EXEMPLE DE LA REGION LIMOUSIN**

## .1 CONTEXTE<sup>9</sup>

### .1.1 Géographie et démographie

**La région Limousin** comptait environ 711 000 habitants lors du recensement de 1999, pour une superficie d'environ 17 000 kilomètres, soit une densité de 42 habitants au kilomètre carré (la densité en France métropolitaine est de 108 habitants/km<sup>2</sup>). Cette région est la plus vieille de France avec un indice de vieillissement au 1<sup>er</sup> janvier 2000 égal à 122,6 (65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) contre 60,6 en France. Concernant la mortalité, en 1999, le nombre de décès domiciliés était de 9 300 (estimation).

**Le département de la Haute-Vienne** comptait une population de 353 893 habitants lors du recensement effectué en 1999, pour une superficie de 5 520 km<sup>2</sup>, soit une densité de 64 habitants par kilomètre carré. Cette population vit (et travaille) essentiellement dans le bassin de Limoges (Annexe 4).

**Le département de la Corrèze** comptait une population de 232 576 habitants lors du recensement effectué en 1999, pour une superficie de 5 857 km<sup>2</sup>, soit une densité de 40 habitants par kilomètre carré. Ce département est organisé en trois arrondissements autour de trois grandes agglomérations Brive, Tulle et Ussel (Annexe 4). La majorité de la population du département réside et travaille dans le bassin Brive-Tulle.

**Le département de la Creuse** comptait une population de 124 470 habitants lors du recensement effectué en 1999, pour une superficie de 5 565 km<sup>2</sup>, soit une densité de 22 habitants par kilomètre carré. Ce département est découpé en deux arrondissements : Guéret et Aubusson. La population se concentre sur les zones de Guéret-La Souterraine, Aubusson et Bourganeuf (Annexe 4). Comparativement à la France entière, la Creuse est particulièrement peu peuplée et présente des taux de natalité et de fécondité plus faible.

---

<sup>9</sup> les données présentées dans ce chapitre sont tirées de l'Atlas Santé-Action sociale (DRASS LIMOUSIN, 2000) ; du Mémento Statiss (DRASS LIMOUSIN, 2001) et du SROS 1999-2004 du Limousin (ARH LIMOUSIN, 1999).

## .1.2 Périnatalité

### **Indicateurs**

En 1999, les **naissances domiciliées** en Limousin étaient estimées à 6 550 : 3 380 en Haute-Vienne, 2 100 en Corrèze et 1 070 en Creuse. Dans la région, le **taux de natalité** était de 9,2 pour 1000 habitants en 1999 (taux de natalité France : 12,6 pour 1000 habitants) et le **taux de mortalité infantile**<sup>10</sup> était de 6,2 (taux de mortalité infantile France : 4,8).

En 1994, la mortalité périnatale était 9,5 pour 1000 naissances totales en Limousin (taux de mortalité périnatale France : 7,4 pour 1000 naissances).

Globalement, les indicateurs de santé relatifs au nourrisson sont comparables en France et en Limousin.

Le **taux de fécondité** était de 41,5 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans en Limousin en 1999 (taux de fécondité France : 50,4 pour 1000 femmes de 15 à 49 ans).

### **Etablissements**

Il existe huit maternités dans la région Limousin.

Les maternités de la Haute-Vienne sont réparties ainsi :

- à Limoges :
  - le CHRU (1869 accouchements/an dont 391 césariennes)
  - la clinique des Emailleurs (705 accouchements/an dont 138 césariennes)
  - la clinique du Colombier (836 accouchements/an dont 159 césariennes)
- à St Junien :
  - le CH (450 accouchements/an dont 63 césariennes)

En Corrèze, trois maternités sont recensées :

- à Brive :
  - le CH (780 accouchements/an dont 92 césariennes)
- à Tulle :
  - le CH (626 accouchements/an dont 119 césariennes)
- à Ussel :
  - le CH (255 accouchements/an dont 37 césariennes)

En Creuse, il n'y a qu'une seule maternité, au centre hospitalier de Guéret (561 accouchements/an dont 111 césariennes).

---

<sup>10</sup> nombre de décès entre la naissance et un an de vie / 1000 naissances (moyenne des années 1997-96-95)

## **Professionnels**

En 1998, on comptait 91 **sages-femmes** pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en Limousin, contre 96/100 000 en France. En Corrèze, 42 sages-femmes exerçaient en maternité et quatre en libéral, en Haute-Vienne, 67 en maternité, treize en libéral et quatre en PMI, en Creuse, treize en maternité et une en PMI.

La majorité des sages-femmes exerce dans les services de maternité des établissements publics et privés.

En Limousin en 1998, étaient recensés 41 **pédiatres**, dont 21 avaient une activité libérale. La moitié de l'effectif avait plus de 50 ans. Il y avait quatorze pédiatres en Corrèze (dont six libéraux), quatre en Creuse (dont trois libéraux) et 23 en Haute-Vienne (dont douze libéraux). La densité de pédiatres en Limousin pour 100 000 habitants était de 5,77 ; contre 9,53 en France.

Vingt **obstétriciens** étaient recensés en Limousin en 1998, la plupart avaient moins de 50 ans. Parmi eux, seize exerçaient une activité libérale. Sept spécialistes intervenaient en Corrèze (dont six avaient une activité libérale), treize en Haute-Vienne (dont dix en libéral), et aucun en Creuse.

## **SROS périnatalité 1999-2004**

L'organisation du système de santé en Limousin repose sur la mise en réseau graduée des soins assurés par :

- un pôle régional (activités hautement spécialisées : Centre hospitalier régional universitaire),
- un pôle de secteur par secteur sanitaire (secteur 1 : établissements de santé de Limoges, secteur 2 : établissements de santé de Brive et Tulle, secteur 3 : établissements de santé de Guéret, Noth, Sainte-Feyre et Saint-Vaury),
- des établissements de santé de proximité.

Tous les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent une unité d'obstétrique, hormis les centres périnatals de proximité qui n'assurent pas les accouchements.

Les activités de soin de la mère et de l'enfant du pôle régional vont être regroupées dans une structure de type hôpital Mère-Enfant. Ce site aura un rôle primordial dans le dépistage et le suivi des grossesses à risque. Ce regroupement s'inscrit dans la réorganisation complète du dispositif régional de prise en charge périnatale, dans une logique d'interdisciplinarité et de réseau inter établissements.

En 2000, à la demande de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et dans le cadre du SROS périnatalité, une enquête a été menée par la DRASS et l'Echelon Régional du Service Médical (ERSM) de l'Assurance Maladie dans l'ensemble des maternités de la région pour situer leur organisation par rapport à l'application des décrets périnatalité (Décrets n°98-899 et 98-900 des 9 octobre 1998). Cette enquête, réalisée sur place a permis de savoir en outre, comment était organisé l'accès à un psychiatre/psychologue et/ou à une assistante sociale dans ces établissements.

### **.1.3 Psychiatrie**

#### ***Equipements***

La sectorisation psychiatrique adulte découpe le département de la Haute-Vienne en cinq secteurs psychiatriques<sup>11</sup>, celui de la Corrèze en trois secteurs et celui de Creuse en deux secteurs (Annexe 3).

En Limousin, 1 0722 lits sont installés en psychiatrie générale, ce qui représente un taux d'équipement pour 1 000 habitants de 1,51 lit en 2000. En France ce taux était de 1,11 lit en 1999. On compte également 529 places installées. Les capacités installées en Limousin sont comparables à celles observées pour la France entière.

La sectorisation infanto-juvénile compte un secteur psychiatrique par département sauf en Haute-Vienne où il y en a deux : un secteur Nord et un secteur Sud (Annexe 4).

---

<sup>11</sup> aire géographique qui constitue la zone d'intervention des services chargés de la psychiatrie mais également des établissements de traitements de prévention et de post-cure nécessaires.

En 2000 en Limousin, il y avait quatorze lits installés en psychiatrie infanto-juvénile ; ils étaient tous localisés en Haute-Vienne (secteur Sud). Le taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile pour 1 000 enfants de 0 à 6 ans inclus était de 0,12 lit ; contre 0,18 lit en France.

De plus, 101 places étaient recensées sur l'ensemble de la région :

- 62 en Haute-Vienne (Limoges),
- 24 en Creuse (Guéret, Aubusson, La souterraine),
- 15 en Corrèze (Brive),

Le taux d'équipement global en lits et places pour 1000 enfants de 0 à 6 ans est de 0,91 pour la région, contre 1,06 en France entière.

Les taux d'équipement en psychiatrie infanto-juvénile observés en Limousin sont comparables à ceux décrits pour la France entière.

### **Professionnels**

La région Limousin comptait 93 **psychiatres** (psychiatrie générale et polyvalente) en 1998, dont 37 exerçaient une activité libérale. Ils se répartissaient dans l'ensemble des départements : 23 en Corrèze (dont onze en libéral), seize en Creuse (dont cinq en libéral) et 54 en Haute-Vienne (dont 21 en libéral).

Quatorze **pédopsychiatres** étaient recensés en Limousin en 1998 ; parmi eux, six avaient une activité libérale. On comptait six pédopsychiatres en Corrèze (dont deux ayant une activité libérale), un en Creuse qui avait aussi un activité mixte (hospitalière et libérale) et sept en Haute-Vienne (dont trois en libéral).

### **SROS psychiatrie 2001-2006**

Il s'agit du premier SROS pour la région. Il devrait paraître avant la fin du premier semestre 2001. Les thèmes prioritaires ayant fait l'objet de groupes de travail sont :

- les suicides,
- les toxicomanies,
- l'alcoolisme,
- les adolescents,
- la psychiatrie de liaison.

Les problèmes mère-enfant ont cependant été retenus pour faire l'objet de développement à des degrés divers.

## **.2 METHODOLOGIE**

### **.2.1 Démarche**

Durant le premier stage en service déconcentré, après avoir choisi le thème des troubles précoces de la relation mère-bébé comme sujet de mémoire, un certain nombre de **questions** ont été formulées :

- 1 - Comment les troubles précoces de la relation mère-bébé sont actuellement dépistés en Limousin ?
- 2 - Comment sont-ils pris en charge dans la région ?
- 3 - Comment améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé en limousin chez les femmes enceintes, en post partum et leur bébé ?
- 4 - Quels sont les besoins des différents acteurs concernés dans la région ?

Les premiers entretiens "exploratoires" auprès des responsables des UHMB de la région et des MISP de la DRASS ont permis de poser une **hypothèse** :

Il existe une inégalité et une insuffisance de dépistage et de prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé en limousin selon l'espace géographique.

Pour répondre aux questions, un **objectif général** a été posé :

- Contribuer à l'amélioration du dépistage et de la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé chez les femmes enceintes, en post-partum et leur bébé dans l'ensemble de la région limousin.

Pour arriver à cet objectif général, des **objectifs spécifiques** plus opérationnels ont été définis :

- **Décrire** la situation actuelle relative au dépistage et à la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé.
- **Identifier** les dysfonctionnements, les points faibles.
- **Apprécier** les besoins des acteurs.
- **Proposer** une meilleure prise en charge (plus adaptée à la situation locale).

La **population concernée** par la problématique du mémoire est représentée les femmes enceintes ou en post-partum ainsi que leur nouveau-né.

## **.2.2 Recherche bibliographique**

La recherche documentaire a occupé le premier temps de ce travail de mémoire. La pathologie des troubles précoces de la relation mère-bébé est un domaine très complexe et englobant à la fois la pédiatrie, la pédopsychiatrie, la psychiatrie adulte, l'obstétrique et le social. Il a fallu synthétiser les informations recueillies mais aussi échanger avec les psychiatres de l'UHMB de Limoges afin de bien comprendre les données, leur contexte et leur limite.

A côté de la recherche "universitaire", une recherche "administrative" a été effectuée à la DRASS afin de répertorier les textes relatifs à la périnatalité et à la santé mentale, de préciser leur contenu, leur objectif et leur articulation dans le domaine des troubles précoces de la relation mère-bébé.

## **.2.3 Entretiens**

Tout d'abord des entretiens "exploratoires" auprès des psychiatres des UHMB ont été menés en août 2000 afin de préciser le sujet de l'étude et la méthodologie à adopter. Une visite des deux UHMB a été également réalisée afin de connaître l'organisation de ces structures.

Une grille d'entretien semi-directif a été élaborée (Annexe 5).

De décembre à janvier des entretiens ont été menés auprès de professionnels de la grossesse et de la petite enfance, acteurs du sanitaire et du social. Dans chaque

département, j'ai essayé de rencontrer une personne du Conseil Général et une personne du secteur hospitalier ; quand cela était possible, j'ai pu voir un professionnel libéral ou exerçant dans une structure privée. Cela a permis par la suite de croiser l'organisation du dépistage et de la prise en charge décrite par l'ensemble de ces acteurs et d'obtenir ainsi une vision plus proche de la réalité. Certains professionnels ont été interrogés en groupe (Annexe 6). Les entretiens ont été menés sur les lieux d'exercice des différentes personnes. Pour des raisons de calendrier, certaines personnes ont été interrogées par téléphone. La durée moyenne des entretiens était une heure. Au total, 11 entretiens ont été réalisés auprès de professionnels. Par la suite, l'ensemble des entretiens a été analysé et présenté de façon anonyme.

Il était prévu de rencontrer une maman précédemment prise en charge par l'UHMB.

#### **.2.4 Analyse thématique**

Pour répondre aux objectifs retenus, il a été décidé de décliner l'analyse selon trois thèmes principaux :

- l'organisation du dépistage et de la prise en charge,
- les dysfonctionnements et les points faibles,
- les besoins des acteurs.

Même si ces thèmes peuvent se recouper, il a paru indispensable de définir ces catégories pour faciliter la synthèse et l'analyse des entretiens. Ceci permet aussi de faire ressortir plus clairement le rôle du MISp aux différents niveaux.

Le MISp, en tant que membre de la commission régionale de la naissance, peut inviter les responsables des UHMB lors d'une réunion de la commission, pour faire connaître les structures aux professionnels régionaux de la périnatalité.

Le MISp, lors de l'étude des projets d'établissement des maternités peut insister sur le développement de collaboration avec des partenaires extérieurs (établissement psychiatrique, psychiatre libéral).

Dans le cadre de l'évaluation de l'organisation de la prise en charge des femmes enceintes, le MISp peut être amené à étudier le processus proposé par les UHMB.

### **.3 RESULTATS**

#### **.3.1 Bilan de fonctionnement des unités existantes**

A Limoges, il existe deux unités d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie :

- l'UHMB temps plein (depuis 1995)
- l'UHMB de jour (depuis 1990)

Elles dépendent du centre hospitalier de secteur : l'hôpital d'Esquirol. Cet établissement possède 467 lits installés. Durant l'année 1999, 6 062 entrées ont été réalisées. Le personnel médical comprend 50 médecins. En plus, 22 praticiens exercent en tant qu'attachés et 22 internes en psychiatrie y suivent leur formation.

L'effectif non médical est composé de 824 personnels soignants (infirmiers, aides soignants, psychologues) et 307 personnels autres (administratifs, techniques, éducateurs).

##### **.3.1.1 Unité d'hospitalisation mère bébé temps plein**

Cette unité est incluse dans l'unité fonctionnelle du Secteur 1 de psychiatrie adulte du centre hospitalier Esquirol à Limoges : le pavillon Bergouignan (Annexe 3). Ce pavillon est un milieu fermé de 24 lits, recevant des personnes présentant une désorganisation de la personnalité imposant souvent une mesure de placement.

Le potentiel d'hospitalisation mère-enfant est réduit : 2 mères accompagnées de leur enfant. Les hospitalisations nécessitent cependant une grande rapidité de mise en place des moyens car bon nombre d'entre elles se font en urgence.

La prise en charge pluridimensionnelle fait appel à deux équipes :

- l'équipe de psychiatrie adulte pour les soins spécifiques de la mère
- les équipes des secteurs de pédopsychiatrie spécialisées dans l'observation des relations mère enfant

L'unité fait également appel aux pédiatres du CHRU pour le suivi médical des enfants. Un des pédiatres du CHRU est plus particulièrement "attaché" à l'unité. Il passe systématiquement dans la structure à chaque admission d'un enfant puis intervient à la demande.

Deux psychiatres interviennent dans l'unité : le praticien hospitalier (dont 0,3 équivalent temps plein est consacré à l'UHMB) et un interne (1 équivalent temps plein pour l'ensemble du pavillon Bergouignan).

L'équipe soignante du pavillon est formée de 21 infirmiers, dont 6 composent la petite équipe qui s'occupe particulièrement de la surveillance et de l'accompagnement des mères et de leur bébé. Outre les soins apportés à la mère dont la spécificité dépend de sa pathologie, les soignants doivent souvent subvenir aux besoins des bébés. L'observation et l'accompagnement de ces mères dans leur fonction maternante leur permettent un investissement plus rapide de la réalité ainsi que l'appréhension et la compréhension de leur propres difficultés.

L'équipe de pédopsychiatrie intervient très précocement pour contribuer à évaluer le plus finement possible l'état psychique du bébé. Une référante de l'enfant vient plusieurs fois par semaine dans l'unité. Ces observations centrées sur l'enfant tendent à répondre à différentes questions : Dans quelle mesure souffre-t-il de la pathologie maternelle ? Quelles sont ses propres modalités d'adaptation ? Jusqu'où la situation reste-elle tolérable pour lui ? Comment alléger sa souffrance quand elle est manifeste ?

L'observation clinique d'un nourrisson demande une certaine pratique, une capacité à noter les interactions mère nourrisson dans ses différents registres : corporel, visuel, vocal ou émotionnel.

La mise en commun des techniques et des connaissances avec l'équipe de psychiatrie adulte permet d'enrichir les données d'observation, les discussions cliniques à partir desquelles, sans cesse, s'ajuste la conduite thérapeutique. Des réunions de synthèse (une fois par mois) entre les différents intervenants permettent une meilleure évaluation de l'évolution clinique.

### .3.1.2 Unité d'hospitalisation mère bébé de jour

Cette unité de soins est rattachée à l'inter secteur Nord de Pédopsychiatrie (Annexe 4). Elle est située dans une grande maison en bordure de Vienne, à l'entrée du Parc d'Auzette.

Deux psychiatres interviennent dans l'unité : le praticien hospitalier (dont 0,3 équivalent temps plein est consacré à l'UHMB) et un interne (temps plein). L'équipe soignante est composée de cinq personnes (deux infirmières psychiatriques, une puéricultrice, deux éducatrices).

L'unité d'hospitalisation de jour mère bébé est ouverte de 9 heures à 17 heures, 5 jours par semaine, toute l'année. Sa capacité d'accueil est de 5 dyades par jour, la moyenne tourne autour de trois. Les enfants ont entre 0 et 2 ans (au plus 4 ans). Parfois la prise en charge débute dès la grossesse de la mère. La journée est rythmée par la vie de l'enfant (nourrissage, soins de propreté, sommeil, jeux, ....).

Il existe un temps réservé à la mère pour elle seule dans lequel peut trouver place une consultation spécifiquement orientée pour elle (la référente prend en charge le bébé). La mère peut ainsi être valorisée pour elle-même. Durant la consultation de la mère, le bébé et sa maman peuvent apprendre à vivre la séparation.

C'est la mère en accord avec le père et le médecin prescripteur (responsable de l'unité) qui règle la fréquence et la durée des visites durant la semaine ou le mois.

### .3.1.3 Activités de recherche et de formation

En plus de leur activité de soin et de prévention, les UHMB encadrent des travaux de recherche sur les troubles précoces de la relation mère-bébé. Par exemple, elles ont participé à une étude du retentissement des troubles psychiques de la puerpéralité sur la relation mère-bébé dans le cadre d'une thèse de médecine (BALOUTCH, 1999).

Dans le cadre de la "Société MARCE<sup>12</sup>", les unités participent à des groupes de travail nationaux et européens sur la recherche en psychiatrie périnatale.

Sous la direction de l'unité INSERM U 149, les UHMB participent à une étude visant à établir un dossier de soin commun à toutes les UHMB.

Ces contacts nationaux et internationaux ont permis aux deux UHMB d'organiser le cinquième colloque européen des UHMB en psychiatrie à Limoges en mai 2001.

Depuis l'année dernière, les psychiatres des UHMB ont organisé une formation à Limoges sur les difficultés relationnelles de la mère avec son bébé pour les sages-femmes du réseau des sages-femmes du Limousin. Cette formation a été financée en partie par les crédits périnatalité 2000 du Ministère. La moitié des sages-femmes de la région ont suivi cette formation (45/90) en deux sessions de 25 personnes à chaque fois. La première session a eu lieu en novembre 2000 durant trois jours et la deuxième session en janvier 2001 également pendant trois jours. Les thématiques abordées étaient :

➤ la première journée :

- clinique de la femme enceinte et en post-partum,
- symptomatologie du nourrisson,
- pathologie des interactions mère-bébé,
- projection d'un film présentant une mère souffrant de troubles relationnels qui décrit son mal être et ses symptômes avec ses mots à elle.

➤ la deuxième journée :

- intervention du Dr Sirol, psychiatre parisien décrivant son expérience,
- grossesses pathologiques, interruptions thérapeutiques de grossesse, diagnostic anténatal
- processus d'attachement

---

<sup>12</sup> La "Société MARCE" est une association francophone pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales. Son but est d'améliorer la compréhension, la prévention et le traitement des maladies mentales liées à la puerpéralité et son retentissement dans le champ de la petite enfance. Pour cela, l'association favorise les échanges entre les différents partenaires participant aux systèmes de soins périnataux et facilite l'élaboration de nouveaux projets de recherche multidisciplinaires.

➤ la troisième journée :

- les équipes des UHMB ont exposé à leurs collègues en quoi consiste leur travail, ce qu'il se passe après et comment s'articulent les deux modes d'hospitalisation.

#### .3.1.4 Exemple de prise en charge

Il n'a pas été possible d'interroger une mère précédemment suivie par une des deux UHMB de la région.

Après accord de la patiente et à des fins d'enseignement, une dyade mère-bébé avait été filmée par l'UHMB "complète". Cet enregistrement a été visionné dans la structure, en compagnie d'un personnel soignant pour préciser certains aspects.

Il s'agissait d'une maman de 33 ans vivant en couple depuis de nombreuses années, et qui venait d'avoir son premier enfant.

Durant de dernier mois de grossesse, elle a commencé à être perturbée. Mais les troubles ont été vraiment marqués au bout de deux à trois semaines après l'accouchement. *"Je ne voulais pas de ce bébé, j'avais bien vécu avant lui et maintenant il venait tout bouleverser. Je ne dormais plus la nuit, j'avais l'impression qu'il fallait que je me réveille sans cesse pour lui donner le biberon. Pour moi, ce n'était même pas MON bébé, c'était comme si j'avais le bébé de quelqu'un d'autre à garder-.....- C'était infernal je ne pouvais pas m'en sortir, il fallait en permanence s'occuper de lui. J'avais des idées suicidaires, pour moi c'était le seul moyen de m'en sortir, de me libérer-.....- Je ne pouvais pas en parler à mon mari- - Un samedi je suis venu aux urgences car j'en pouvais plus. Quant ils m'ont dit qu'ils allaient me garder avec lui, j'ai pensé c'est pas vrai, mais je ne savais pas quoi en faire de toute façon pendant l'hospitalisation ....- La première semaine, ça m'a permis de souffler. Après l'équipe m'a appris à m'occuper de lui, les infirmières ne disaient Pascal a faim, Pascal a envie de prendre un bain, alors j'ai commencé petit à petit à m'occuper de lui différemment. Je le regardais quand il dormait .....Finalement, heureusement que j'ai été hospitalisé avec lui, sinon, je n'en serais pas là aujourd'hui....."*

Après quatre mois d'hospitalisation dans l'unité temps plein, cette maman est maintenant suivie en hospitalisation de jour deux journées par semaines et sa relation avec son fils s'est nettement améliorée.

## **.3.2 Organisation du dépistage et de la prise en charge**

### **.3.2.1 En Haute Vienne**

#### ***Le dépistage***

◆ *Les obstétriciens du "public" sont différemment impliqués que ceux du "privé"*

Les obstétriciens du privé n'ont pas encore l'habitude de faire un dépistage des troubles psychiques que la femme enceinte peut développer durant sa grossesse à propos de sa maternité. Les obstétriciens suivent beaucoup de grossesses et se concentrent davantage sur les risques somatiques. Quand un dépistage est réalisé, c'est plutôt par la sage-femme. Cependant, la tendance pour l'ensemble des professionnels du privé est de prendre en charge globalement la femme durant sa grossesse y compris dans sa dimension psychologique, puisque cette prise en charge globale constitue pour les soignants un critère de qualité.

Les pratiques en gynécologie obstétrique au CHRU de Limoges évoluent. Un nouveau Chef de Service s'occupe du département d'obstétrique. Une attention nouvelle est portée aux troubles des liens mère-bébé qui peuvent se développer en cas de grande prématurité, lorsque l'enfant est séparé de sa mère durant une longue période. Un psychologue à temps plein a été affecté depuis peu dans le service pour les activités de procréation médicalement assistée et de diagnostic prénatal, mais en pratique cette personne travaille pour l'ensemble du service.

Au Centre hospitalier de St Junien, la prise en compte du dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé par l'ensemble de l'équipe d'obstétrique est plus ancienne.

◆ *Les sages-femmes sont différemment impliquées selon les niveaux de maternité*

Au CHRU, les sages-femmes voient essentiellement des grossesses pathologiques et peu de grossesses normales, ce qui leur laisse peu de temps pour effectuer des "gestes" de dépistage des troubles relationnels mère-bébé auprès de la mère. Cela entraîne une

certaine frustration chez les sages-femmes, formées depuis peu à la pathologie des interactions mère-bébé.

En clinique, les sages-femmes formées par l'UHMB essaient de dépister des difficultés de la relation mère-bébé dès la première rencontre avec la mère, quand celle-ci vient visiter le service quelques semaines avant l'accouchement. Le dépistage de ces troubles est perçu comme une nécessité nouvelle pour les sages-femmes qui souhaitent apporter une prise en charge de qualité à la jeune maman.

*"Maintenant, quand on suspecte un problème, que la maman est déprimée, on ne l'a laisse plus repartir chez elle comme ça, en pensant que ça va passer tout seul. On demande à l'obstétricien de la garder un peu plus pour voire comment évoluent les choses et on demande à l'unité d'Esquirol de nous envoyer quelqu'un pour la voire."* Une sage-femme.

Cependant, quand il y a une suspicion de problème psychologique chez la mère, ce n'est pas facile d'intervenir, le mot *psychiatrie* fait peur.

*"... Quand on voit qu'il y a un problème, on annonce d'abord à la mère qu'on peut appeler un psychologue si elle le désire, et on voit sa réaction. Soit, elle est d'accord, et ça va ; soit, elle refuse, dit que tout va bien et se ferme à l'équipe. Et là, quand on en parle au père, il dit que sa femme n'est pas folle..."* Une sage-femme.

◆ Les médecins généralistes sont encore très peu concernés

Peu de médecins généralistes ont été sensibilisés aux troubles précoces de la relation mère-bébé. Les médecins généralistes libéraux ont peu de temps pour suivre une formation médicale continue. Ce sont toujours les mêmes qui sont intéressés par les formations. Le plus souvent, les formations médicales suivies sont organisées par un petit groupe de médecins pour eux et donc sur un thème qu'ils ont choisi.

De plus, certains médecins sont très perplexes quant aux compétences du nouveau-né et à l'impact des troubles relationnels mère-bébé sur la santé psychique et somatique future de l'enfant.

D'autres généralistes se sentent démunis devant ces troubles et estiment que le dépistage de ces troubles n'est pas de leur domaine, c'est trop complexe et/ou trop spécialisé.

◆ Les généralistes ont des difficultés pour intervenir précocement

Pour la minorité de généralistes concernés par la pathologie des relations mère-bébé, un réseau informel existe et fonctionne. L'implication du généraliste dans le dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé est davantage la conséquence d'une sensibilité individuelle à la santé mentale que le résultat d'une formation spécifique.

Cependant, ce n'est pas toujours facile d'aborder le thème de la psychiatrie avec la mère, en lui faisant comprendre que son enfant ou elle-même présente des troubles relationnels (BADINTER, 1980). Le médecin doit parfois attendre que l'enfant grandisse pour intervenir, prétextant un trouble plus visible car plus installé. En cas de doute le médecin traitant peut demander au médecin scolaire de programmer une rencontre avec le psychologue scolaire, mais là aussi il s'agit d'un enfant bien plus grand : le stade du dépistage précoce est dépassé et les troubles sont installés.

*"La mère ne consulte jamais pour elle, s'est en prenant en charge l'enfant qu'on voit qu'il y a un dysfonctionnement. On essaie de contacter la PMI, pour qu'ils envoient quelqu'un à domicile. C'est difficile de proposer directement un suivi psy à la mère, il faut la déculpabiliser et ensuite il faut qu'elle adhère. Parfois, il faut attendre que l'enfant entre à la crèche ou à l'école maternelle car la mère est trop inaccessible."* Un généraliste.

◆ Des pédiatres différemment impliqués dans la pathologie psychique du nouveau-né

Les pédiatres sont très occupés par les pathologies somatiques. Certains sont peu formés au dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé et à la reconnaissance des signes pouvant évoquer une dépression chez le nourrisson.

Les pédiatres libéraux sont peu concernés par les troubles mère-bébé. En effet, quand ils voient l'enfant, c'est le plus souvent en consultation (c'est à dire pas souvent et pendant peu de temps) et pour une pathologie somatique (qui doit être traitée le plus rapidement possible). Dans ces conditions, ce n'est pas facile de faire du dépistage.

A l'hôpital, de part leur proximité avec les maternités, les pédiatres sont confrontés aux troubles de la relation mère-bébé.

## **La prise en charge**

- ◆ Des établissements de santé permettant une prise en charge diversifiée, centrée sur Limoges

Les deux UHMB ne présentent pas les mêmes possibilités de prise en charge.

**L'UHMB "complète"** s'adresse à des mères présentant une pathologie aiguë qui se développe durant le premier semestre après l'accouchement. L'unité ne prend pas de dyades mères-bébés demeurant à plus de 60 km de Limoges pour des raisons de faisabilité. En effet, il est essentiel pour que la prise en charge soit efficace qu'elle soit la plus locale possible.

**L'UHMB "de jour"** prend en charge des pathologies maternelles beaucoup plus installées dans le temps. Les familles sont souvent carencées, défaillantes. Les soignants de l'unité passent d'abord à domicile pour rassurer les mères et leur expliquer le fonctionnement de l'unité. L'équipe travaille avec la PMI. Ceci permet aussi de sensibiliser les personnes de la PMI au décodage de la souffrance psychique des mères et des bébés. La aussi, la distance entre le domicile et la structure est très importante puisque les dyades mères-bébés viennent en moyenne deux à trois fois par semaine à l'unité pour une journée à chaque fois. Ceci est très difficile et peu productif si chaque trajet dure plus d'une heure.

**Le Centre de la mère et de l'enfant**, rattaché au CHS d'Esquirol est une structure de prise en charge ambulatoire des troubles de la relation mère-enfant. Il existe depuis 1987 à Limoges. Le Centre propose des consultations adaptées aux jeunes enfants (activités d'expression : jeux, dessins...) et aux parents (groupes de parole) et également une prise en charge psychanalytique. Ce centre est totalement séparé du milieu psychiatrique (extra-muros), ce qui le rend beaucoup plus accessible pour les familles.

- ◆ Des spécialistes libéraux en nombre suffisant mais pas toujours impliqués

Certains psychiatres et pédopsychiatres libéraux interviennent dans la prise en charge ambulatoire des troubles précoces de la relation mère-bébé, souvent en collaboration avec les UHMB. Les prises en charge proposées ne sont pas concurrentes mais complémentaires, suivant la pathologie de la dyade mère-bébé.

◆ Une prise en charge sociale et médico-sociale sectorisée

La Direction des Interventions Sociales et de la Solidarité Départementale (DISSD) du Conseil Général gère la PMI et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

**La PMI** s'occupe de 10% de la population du département. Il s'agit essentiellement d'une population déficiente. Dans certains quartiers de Limoges, le psychologue de PMI n'est jamais consulté, alors que ces quartiers hébergent une population en difficulté, susceptible de présenter des troubles des interactions mère-bébé et des troubles de la parentalité.

On compte sept **centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)** en Haute-Vienne : deux sont localisés à Limoges, un à St Léonard de Noblat, un à Bellac, un à St Yriex La Perche et un à St Mathieu (Annexe 7). Le CMPP joue en pédopsychiatrie un rôle comparable au centre médico-psychologique (CMP) chez l'adulte. Leur activité consiste au diagnostic et au traitement en cure ambulatoire ou à domicile des enfants inadaptés mentaux du fait de troubles neuropsychiques ou de troubles du comportement. Il s'agit d'établissements médico-sociaux, hors structure psychiatrique dans lesquels interviennent des professionnels ayant des compétences très diversifiées : pédopsychiatres, psychologues, psychomotriciens, assistantes sociales...

Le département possède aussi deux **centres d'action médico-psycho-sociale précoce (CAMPS)**. Ils sont localisés à Limoges. Leur rôle est le dépistage et le traitement en cure ambulatoire des enfants de moins de six ans atteints d'un handicap sensoriel, moteur ou mental, ainsi que le soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant est confié.

En Haute-Vienne, les CAMPS et CMPP sont peu utilisés pour les nouveau-nés. Ils interviennent plutôt dans un deuxième temps, en relais de proximité après la sortie de l'UHMB de jour ou comme lieu de prise en charge de pathologie psychiatrique déjà installée, chez le jeune enfant.

**La résidence mère-enfant** reçoit des mères dont la plupart sont adressées par le service social de secteur. Toutes les mères accueillies présentent des troubles de la parentalité, plus ou moins marqués. Quand la situation est trop dégradée, l'enfant est accueilli seul à la pouponnière<sup>13</sup>.

La moitié des femmes restent entre trois mois et un an à la résidence mère-enfant. Mais certaines femmes n'y passent que quelques jours et d'autres y restent 18 mois. Quand une femme est accueillie, l'équipe de la résidence interpelle systématiquement le père pour l'associer à la prise en charge. Dans 75% des cas, l'équipe peut travailler avec le père. Pour les femmes ayant déjà des enfants, un accueil de ceux-ci est possible et souhaitable pour garder la famille unie.

Une commission d'admission se réunit une fois par semaine pour examiner les demandes. Il est parfois difficile de différencier une crise d'un réel trouble de la relation mère-bébé. Quand une demande est rejetée, il faut l'expliquer à l'équipe de secteur qui l'a adressée. Cela arrive en cas de "faux" problème, c'est à dire quand la dyade mère-bébé a besoin d'un hébergement mais ne présente pas véritablement de troubles relationnels. Quand il y vraiment des troubles, l'admission est acceptée sans difficulté. Le plus souvent, l'accueil dans la résidence est une alternative au placement de l'enfant ou au passage à l'acte parental.

Quand le Juge aux affaires familiales émet un ordre de placement provisoire, au lieu de séparer l'enfant de sa mère pour le placer dans une famille d'accueil, la mère peut être accueillie dans la résidence avec celui-ci, sous la surveillance de l'équipe.

Durant le séjour à la résidence, quand le médecin traitant vient soigner sa patiente, il ne se sent pas concerné par la qualité de la relation qui existe entre sa patiente et son bébé.

---

<sup>13</sup> "Les pouponnières ont pour objet de garder jour et nuit les enfants de moins de trois ans accomplis qui ne peuvent rester au sein de leur famille ni bénéficier d'un placement familial surveillé. Les pouponnières sont divisées en deux catégories : les pouponnières à caractère social qui reçoivent les enfants dont l'état de santé ne nécessite pas de soins médicaux particuliers et les pouponnières à caractère sanitaire qui reçoivent les enfants dont l'état de santé exige des soins que la famille ne peut leur donner".

Dans certaines situations, l'équipe de la résidence a été amenée à travailler en partenariat avec le CHRU, cela s'est bien passé, il existe une reconnaissance mutuelle des compétences de chacun.

Certaines personnes de l'équipe ont suivi des formations sur Paris, où elles ont pu échanger sur leur pratique avec d'autres équipes. Au quotidien, il y a très peu d'échange avec l'extérieur (hors département). Les formations sont le plus souvent organisées à l'intérieur du département, pour les personnes du secteur. La priorité actuelle est à la formation "intra muros" du personnel de la résidence.

L'UHMB est un partenaire supplémentaire quand l'équipe a besoin d'un avis médical pour une situation. La création des unités a permis de réduire la séparation entre le sanitaire et le social. Maintenant les différents intervenants travaillent dans un esprit de complémentarité et de respect du travail de l'autre.

La résidence mère enfant n'a pas de psychiatre ni de pédopsychiatre libéral avec lequel elle entretient des liens privilégiés, ce qui entraîne quelques difficultés quand une maman nécessite un avis psychiatrique.

*"Quand on a besoin qu'un psychiatre passe voir une maman, c'est pas facile. On ne sait pas qui appeler, il faut lui expliquer le fonctionnement de la structure..."* Une psychologue.

Différentes structures sanitaires, médico-sociales et sociales sont à même de contribuer à la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé. L'ensemble des établissements du département intervenant dans cette prise en charge est géré par des autorités différentes : état, collectivité territoriale, mais répondent à un objectif commun : améliorer la qualité de la prise en charge de la femme enceinte, en post partum et de son nouveau-né.

### **Le dépistage**

◆ Les obstétriciens peu sensibilisés

Il n'existe que trois maternités dans le département (aucune de niveau III). Les obstétriciens ne sont pas fortement sensibilisés au dépistage des troubles relationnels mère-bébé. Ils se concentrent sur la pathologie somatique.

*"Ce n'est pas à nous de faire du dépistage des troubles mère-bébé. Quand la mère présente des troubles psychotiques, on appelle l'équipe psy et ils la prennent en charge. Pour le dépistage, c'est plutôt du ressort des sages-femmes."* Un obstétricien.

◆ Les sages-femmes commencent à s'impliquer

Quelques sages-femmes ont commencé une formation sur le dépistage des troubles précoces de la relation mère à Limoges. Il existe un début de sensibilisation des équipes par cet intermédiaire.

◆ Les médecins généralistes sont encore très peu concernés et ont des difficultés pour intervenir précocement

On observe les mêmes phénomènes qu'en Haute-Vienne : sensibilisation aux troubles relationnels précoces mère-bébé très inégale. Quand elle existe, les généralistes ont les mêmes difficultés pour intervenir précocement. Pourtant ici, dans un département avec d'importantes zones rurales, le rôle des généralistes est vraiment capital dans le dépistage.

◆ Les pédiatres libéraux peu concernés par les troubles psychiques du nouveau-né

Comme en Haute-Vienne, les pédiatres sont différemment impliqués dans le dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé. Cette pathologie concerne davantage les spécialistes hospitaliers.

## ***La prise en charge***

### ◆ *Des établissements sanitaires permettant une prise en charge de la mère sans son bébé*

Quand une mère présente une psychose du post-partum, elle peut être prise en charge par le **centre hospitalier** de son secteur (Brive, Tulle ou Ussel). Dans ce cas, elle y est hospitalisée seule sans son bébé, ou bien elle est transférée à Limoges pour une prise en charge dans l'UHMB "complète" avec son bébé. Le choix de l'une ou l'autre alternative est fonction du lieu de résidence de la maman (proximité en temps et en distance par rapport aux établissements).

### ◆ *Des psychiatres libéraux peu concernés*

Les psychiatres et pédopsychiatres du département exercent pour la plupart au centre hospitalier. Les psychiatres et pédopsychiatres libéraux sont peu nombreux. Les psychiatres se disent non confrontés à la pathologie relationnelle mère-bébé.

### ◆ *Un secteur social et médico-social concentré sur les villes*

La Direction Départementale de la Prévention et de l'Action Sociale (DDPAS) du Conseil Général gère les activités de PMI et de l'ASE.

**La PMI** n'a pas de sage-femme ni de psychologue. Les consultations pour troubles psychologiques sont faites au centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de Brive par un psychiatre libéral ayant des vacances. Les assistantes sociales de secteur fournissent la consultation des médecins de PMI. Quand le médecin perçoit un trouble de la relation mère-enfant, la puéricultrice va au domicile pour avoir plus de précisions. Le travail se fait au cas par cas avec l'infirmière puéricultrice, d'une manière non formalisée.

Chacun des trois pôles urbains du département possède un **CMPP**. Les psychiatres ayant des consultations dans ces centres sont essentiellement les pédopsychiatres hospitaliers. Il n'y a pas de CAMPS en Corrèze. Le CMPP prend en charge les troubles psychologiques/psychomoteurs/psychiatriques de l'enfant, mais il ne s'occupe pas de la relation mère-bébé.

Il existe **une résidence mère-enfant** à Tulle. Elle propose une prise en charge identique à celle de Limoges et reçoit des populations comparables.

### .3.2.3 En Creuse

On observe une situation globalement comparable à la Corrèze.

#### **Le dépistage**

- ◆ Les obstétriciens sont peu concernés par la pathologie relationnelle mère-bébé.
  
- ◆ Les sages-femmes commencent à s'impliquer dans le dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé.
  
- ◆ Les médecins généralistes, dont le rôle est capital en milieu rural sont peu concernés par le dépistage des troubles relationnels précoces mère-bébé et ont des difficultés pour mettre en place rapidement une prise en charge des dyades mères-bébés.
  
- ◆ Les pédiatres libéraux sont peu nombreux et doivent se concentrer sur la pathologie somatique ; mais leurs homologues hospitaliers sont très sensibilisés et prennent en charge les troubles précoces de la relation mère-bébé en collaboration avec les pédopsychiatres

"La pathologie mère-bébé n'est pas quelque chose de nouveau. Quand on travaille dans un centre hospitalier avec une maternité, on connaît ces troubles, leur retentissement sur le développement psychomoteur des enfants et on a l'habitude de travailler avec les pédopsychiatres et les équipes de PMI. Pour l'instant tout ça se fait de façon informelle, mais on a des idées de réseau à mettre en place. " Un pédiatre.

## **La prise en charge**

### ◆ Des établissements sanitaires permettant une prise en charge de la mère sans son bébé

Quand une mère présente des troubles sévères en pré ou en post partum, elle est hospitalisée au **CHS de St Vaury**, sans son bébé.

### ◆ Une prise en charge par les psychiatres libéraux difficile

Les psychiatres libéraux sont peu nombreux dans le département, de même que leurs collègues hospitaliers (2 postes vacants de psychiatres hospitaliers).

### ◆ Une prise en charge sociale et médico-sociale sectorisée

La Direction Départementale de la Solidarité (DDS) regroupe les personnes s'occupant de la PMI et de l'ASE pour le Conseil Général de la Creuse.

**La PMI** n'a pas de psychologue ou de psychiatre "attaché". Les consultations pour troubles psychologiques sont faites au centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) de Guéret par le psychologue du centre. Les assistantes sociales de secteur et la sage-femme fournissent la consultation des médecins de PMI. Quand le médecin perçoit un trouble de la relation mère-enfant, la puéricultrice va au domicile pour avoir plus de précisions. Le travail se fait au cas par cas avec l'infirmière puéricultrice et la sage-femme, d'une manière non formalisée.

Le département compte trois **CMPP** (Guéret, La Souterraine et Aubusson).

Pour l'instant, il n'y a plus de CAMPS en Creuse, mais il est question de réinstaller une structure à Guéret. Elle s'occuperait plus particulièrement des enfants de moins de six ans ; les autres seraient pris en charge par le CMPP de la ville.

## **.4 ANALYSE DES RESULTATS**

Après avoir synthétisé les avis des acteurs sur l'organisation du dépistage et de la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé dans la région, recueilli leurs remarques quant aux dysfonctionnements de ces processus et recensé leurs besoins, une analyse de ces données a été réalisée afin de faire ressortir clairement l'organisation du système, ses dysfonctionnements et ses besoins.

### **.4.1 Organisation**

**Concernant le dépistage**, il existe une implication de plus en plus grande des sages-femmes, grâce à la formation organisée par les UHMB de Limoges. Les obstétriciens se concentrent sur la pathologie somatique et reconnaissent volontiers le rôle qu'ont à jouer les sages-femmes dans le dépistage. Dans les établissements publics et privés, la volonté d'améliorer la prise en charge des usagers est une priorité. Elle repose sur une prise en charge globale somatique et mentale de la grossesse.

D'après l'enquête commandée par l'ARH en 2000, les maternités peuvent toutes faire appel à un psychiatre ou un psychologue et à une assistante sociale. Les maternités publiques ont recours à leur(s) assistante(s) sociale(s) salariée(s), alors que les maternités privées font appel aux assistantes sociales de secteur quand il se pose un problème. En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique, le plus souvent une convention est passée entre la maternité et le centre hospitalier de secteur, dont un des psychiatres passe à la demande. En cas de pathologies lourdes, certains établissements font directement appel à l'UHMB "complète".

Les généralistes sont peu impliqués dans le dépistage et ont des difficultés pour intervenir précocement surtout quand la mère est peu accessible. Dans les campagnes, ce sont souvent eux qui suivent les enfants et qui se rendent à domicile lors des visites.

Les pédiatres hospitaliers rencontrent davantage des enfants présentant des troubles relationnels mère-bébé que leur confrères libéraux, dont l'activité se concentre essentiellement sur la pathologie somatique.

**Concernant la prise en charge**, une organisation de type UHMB "de jour" n'existe pas dans les départements de la Creuse et de la Corrèze. Il n'est pas possible de proposer une

hospitalisation de jour dans une structure se situant hors établissement hospitalier en compagnie de la mère. De plus, lorsque la mère est hospitalisée en psychiatrie, c'est seule sans son bébé.

Les équipes de PMI de Creuse et de Corrèze sont globalement peu nombreuses et organisent une prise en charge informelle des dyades mères-bébés avec les autres professionnels du secteur.

L'utilisation des CAMPS et des CMPP est différente selon les départements. Selon les capacités de prise en charge en pédopsychiatrie du département, les CAMPS et les CMPP sont plus ou moins utilisés pour les nouveau-nés, les jeunes enfants ou les enfants handicapés.

#### **.4.2 Dysfonctionnements et points faibles**

**Concernant le dépistage,** Il y a trop peu de généralistes sensibilisés à la pathologie relationnelle mère-bébé et formés au dépistage des troubles. Il n'existe pas de formation médicale continue, reconnue et suivie par tous les médecins.

Il existe une inégalité de dépistage des troubles selon que l'on a à faire à un professionnel qui connaît la pathologie et qui saura contacter des personnes ressources susceptibles de poser le diagnostic rapidement ou que l'on consulte un médecin non sensibilisé à la pathologie qui ne percevra les troubles qu'une fois ceux-ci bien installés.

Cette inégalité de dépistage vient davantage de la qualité du professionnel consulté que de son département d'exercice. En effet, des personnes susceptibles de prendre en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé exercent dans chacun des trois départements. Le fait que les professionnels soient sensibilisés aux troubles précoces de la relation mère-bébé relève davantage de leur expérience professionnelle et individuelle que de leur installation en zone urbaine proche des établissements de prise en charge.

Les tableaux traînants, insidieux, notamment dépressif, sont moins bien étiquetés, pas toujours rapportés à la maternalité. L'attentisme et l'espoir d'une résolution spontanée, prévalent encore trop souvent.

Les sages-femmes ne sont pas encore toutes formées à la pathologie relationnelle mère-bébé.

Les acteurs du social et du médico-social ne sont pas tous bien formés au dépistage des troubles relationnels mère-bébé. Les situations dépistées par les professionnels du social ne relèvent pas toujours des troubles précoces de la relation mère-bébé. L'attente des professionnels n'est pas toujours adaptée à ceux que peut véritablement leur offrir la psychiatrie.

**Concernant la prise en charge**, les visites à domicile chez les femmes vivant en milieu rural qui ont des difficultés pour se rendre en consultation en ville ou qui jugent ne pas en avoir besoin sont essentielles. Il serait intéressant de renforcer cette prise en charge à domicile, car aujourd'hui, seules les équipes de PMI et l'UHMB "de jour" réalisent des visites à domicile, or les effectifs des PMI sont faibles et l'UHMB "de jour" n'intervient que sur la Haute-Vienne.

Les difficultés de transport sont à l'origine de disparités dans la prise en charge entre les zones rurales et urbaines.

On n'observe pas vraiment de place formalisée pour la "famille" dans les institutions. La place de la famille en général et du père en particulier n'est assez prise en considération dans les institutions. Pourtant, son rôle est essentiel. En effet, le dispositif de soins installé autour de la mère et de l'enfant tend à affaiblir leur position. La décompensation maternelle peut être, elle-même, source de décompensation de dysfonctionnements familiaux anciens.

Tous les acteurs intervenant dans le champ de la périnatalité ne connaissent pas le travail précis des équipes des UHMB.

Il n'existe pas de réseau formalisé de prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé pour l'instant et pas non plus de personne ou d'établissement coordonnateur référent.

### .4.3 Besoins

Dans le cadre du dépistage, des **besoins de formation et d'information** sont apparus pour les généralistes, les sages-femmes, les obstétriciens et les équipes de PMI.

Pour être efficace, le dépistage des situations à risque doit résulter de la vigilance et de la compétence des intervenants médico-psycho-sociaux divers à qui l'ensemble de la population des femmes enceintes et des nouveau-nés a à faire dans différentes circonstances (grossesse, accouchement, demande de mode de garde, de placement, d'allocations, hospitalisation, consultations de PMI, ...). Il faut également que ces intervenants soient informés des indicateurs de risques et désireux de faire émerger la demande masquée à partir de la demande formulée.

Il existe un besoin de formation et de reconnaissance du rôle de la sage-femme dans la fonction de dépistage précoce des troubles dès la grossesse.

Dans le cadre de la prise en charge, les équipes de pédopsychiatrie hospitalières ont besoin d'une formation spécifique sur les techniques d'observation des bébés et sur le soin précis de la relation mère-bébé.

La prise en charge médico-psycho-sociale des troubles mères bébé relève davantage de temps de soignants que d'un plateau technique complexe. Il faudrait augmenter les ressources humaines des équipes des CMPP et des PMI.

Un travail en **réseau** permettrait d'améliorer l'organisation du dépistage et de la prise en charge en renforçant les compétences de l'échelon de proximité et en palliant ainsi le manque d'effectif soignant. Il faut être vigilant quant à la place proposée à la famille et au père durant la prise en charge de la dyade mère-bébé.

La poursuite des **programmes de recherches et des coopérations** commencés est nécessaire pour permettre une meilleure compréhension des troubles et assurer un suivi de qualité pour tous. Cela permettra de préciser les facteurs de risque de troubles relationnels précoces et ainsi d'améliorer leur dépistage.

## **DISCUSSION ET PROPOSITIONS**

## **.1 FORMATION, INFORMATION ET SENSIBILISATION DES ACTEURS**

La formation, l'information et la sensibilisation recouvrent des notions différentes.

La formation de certains acteurs à la prise en charge des troubles mère-bébé permettra de faire de ces personnes des référents compétents de la pathologie mère-bébé au niveau départemental. Les UHMB de Limoges, dont les compétences sont reconnues au niveau national et international peuvent être un partenaire essentiel de cette formation.

Il est nécessaire d'informer les acteurs dans un premier temps pour qu'ils soient sensibilisés à la pathologie et qu'ils puissent ensuite participer au dépistage des troubles. L'union régionale des médecins libéraux (URML) peut être un des partenaires clés de cette information.

### **.1.1 Une formation à partir des UHMB**

#### ***Le public***

Le dépistage et la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé requièrent des compétences en matière de psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Cela nécessite aussi de disposer d'une structure hospitalière (équipe de soignants, lits). Pour cela, le public formé par les UHMB devrait être essentiellement les **psychiatres, pédopsychiatres et infirmiers des services de psychiatrie des centres hospitaliers départementaux**. Cependant, dans la mesure où ils seraient intéressés, les psychiatres et pédopsychiatres libéraux pourraient être intégrés à cette formation.

Dans le cadre du dépistage, il a été montré précédemment le rôle clé des **sages-femmes** des maternités comme relais auprès des obstétriciens et des UHMB. Il serait intéressant de poursuivre la formation commencée par ces spécialistes et de l'étendre à l'ensemble du corps, y compris aux sages-femmes qui exercent en libéral et celles qui exercent en PMI.

#### ***Les objectifs***

Concernant les équipes psychiatriques des centres hospitaliers départementaux, l'objectif de la formation est d'en faire de véritables relais locaux, disposant de compétences réelles en matière de dépistage et de prise en charge des troubles relationnels mère-bébé. A partir de

cette formation, les acteurs locaux doivent pouvoir assurer localement le traitement des dyades qui leur sont adressées, mais aussi être capable de proposer une information à leurs partenaires sur la pathologie mère-bébé (médecins libéraux, acteurs de la PMI).

Pour les sages femmes, l'objectif est différent. Il s'agit d'apporter une connaissance sur les troubles mère-bébé et de développer une compétence dans le dépistage durant la grossesse et en post partum afin d'en faire des acteurs clés du dépistage. Cette formation devrait aussi rappeler le rôle d'interface des sages-femmes entre les obstétriciens, les UHMB et les équipes psychiatriques locales.

### ***Les modalités d'organisation***

La DDASS de chaque département en tant que tutelle des établissements (centres hospitaliers publics et privés, maternités) peut favoriser la mise en place d'une formation externe pour les professionnels médicaux et paramédicaux par l'intermédiaire des projets d'établissement ou des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Aujourd'hui, une prise en charge globale et de qualité de la grossesse suppose un dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé. Proposer une prise en charge de qualité est une volonté aussi importante dans les établissements publics que privés. Dans ce contexte, les établissements devraient encourager naturellement la formation de leur équipe.

### **Les psychiatres**

Pour permettre aux équipes de psychiatrie locales d'être rapidement opérationnelles, on peut imaginer une formation organisée pendant des sessions d'une semaine, à Limoges.

Les enseignements proposés pourraient alterner :

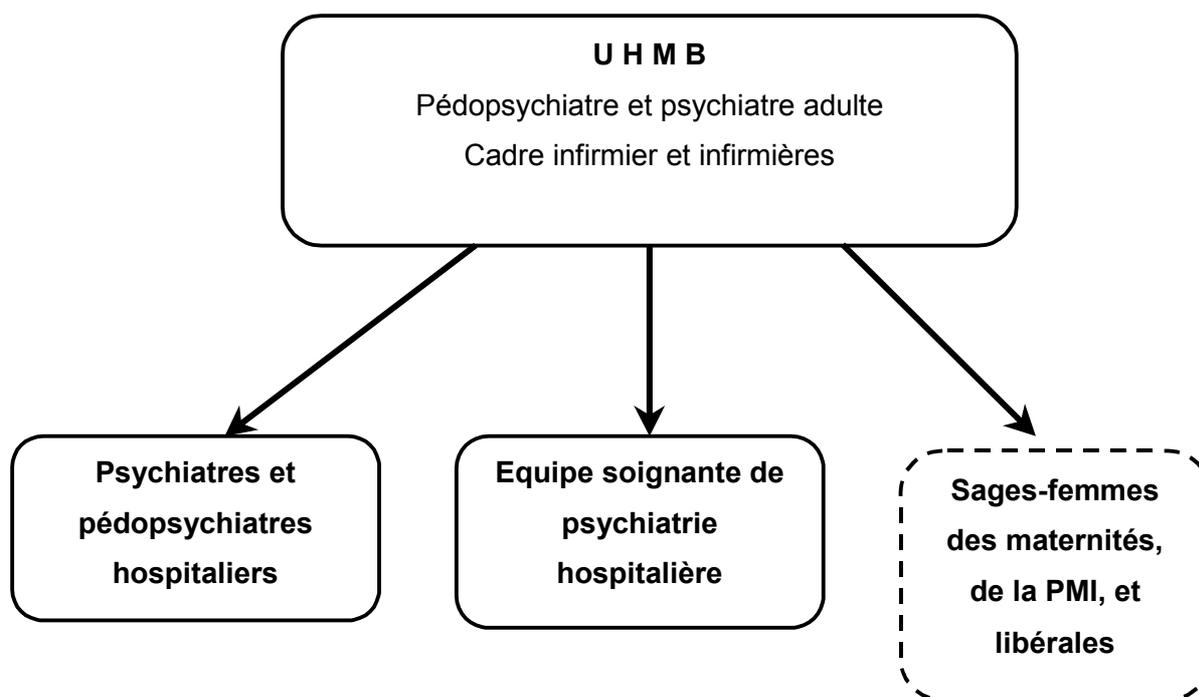
- les connaissances théoriques,
- la vision de films mettant en scène des dyades précédemment traitées par les UHMB suivie d'un débat avec les soignants sur ce qui a été vu, compris et interprété,
- l'accompagnement des soignants des UHMB dans les unités avec une participation au travail de l'équipe.
- l'intervention de personnels d'autres UHMB qui fonctionnent un peu différemment de celles de Limoges

### Les sages-femmes

Une organisation semblable à celle qui fonctionne actuellement peut être proposée. Elle se ferait pendant des séminaires de quelques jours, à Limoges. Pour chaque maternité, une partie seulement des sages-femmes se déplacerait à chaque session pour ne pas perturber le fonctionnement du service. L'établissement pourrait être incité à prendre en charge ce congé formation, grâce aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Les sages femmes de PMI, sont très peu nombreuses. Si elles se rendent à Limoges pour les séminaires de formation, il est très probable que personne ne fera leur visite ni leur consultation à leur place. Il faudrait trouver une organisation avec leurs collègues puéricultrices et pour que durant les quelques jours de formation, les mères puissent continuer à être suivies. En connaissant les dates de la formation longtemps à l'avance, la planification de l'organisation des services devrait pouvoir s'adapter.

**Proposition d'organisation de la formation  
des équipes de psychiatrie hospitalières et des sages-femmes  
à partir des UHMB**



➤ Une formation :

- pour les équipes de psychiatrie des centres hospitaliers de Creuse et de Corrèze,
- sur le dépistage et la prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé,
- chez les femmes enceintes, en post-partum et leur bébé,
- par les UHMB de Limoges.

➤ Une formation :

- pour l'ensembles des sages-femmes de la région,
- sur le dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé,
- chez les femmes enceintes et en post-partum,
- par les UHMB de Limoges.

## **.1.2 Une information par les équipes locales, avec le soutien des UHMB**

Après avoir été formées par les UHMB, les équipes médicales et paramédicales de psychiatrie locales pourraient être les référents des professionnels locaux concernant les troubles relationnels mère-bébé, mais aussi les formateurs de ces professionnels.

### ***Le public***

L'ensemble des professionnels concernés par la périnatalité devrait pouvoir bénéficier d'une information sur la pathologie des relations mère-bébé : acteurs du champ sanitaire et du champ social : médecins libéraux, équipes des PMI, équipes des résidences mère-enfant de l'ASE.

### ***Les objectifs***

Les buts de cette information sont au nombre de trois.

- 1 - Tout d'abord, il s'agit d'informer pour sensibiliser.
- 2 - Ensuite, il s'agit de former les acteurs au dépistage des troubles relationnels mère-bébé dans leur pratique et de leur indiquer quelle conduite à tenir en cas de suspicion de troubles précoces de la relation mère-bébé. Pour cela, la connaissance des différents partenaires régionaux impliqués dans la prise en charge ainsi que les champs d'intervention précis de chacun est essentielle.
- 3 - Enfin, pour ceux dont la pratique le justifie une formation plus spécifique à la demande et en collaboration avec l'UHMB de Limoges peut être organisée de façon très ponctuelle.

### ***Les modalités d'organisation***

1 - L'union régionale des médecins libéraux (URML) peut être un partenaire de l'information des médecins libéraux (pédiatres, obstétriciens, généralistes, psychiatres, pédopsychiatres) sur les troubles précoces de la relation mère-bébé. L'URML adresse un bulletin bimestriel à l'ensemble des médecins libéraux de la région. Les équipes des UHMB de Limoges, en collaboration avec les responsables de l'URML et pour améliorer la formation continue des médecins libéraux pourraient rédiger un article présentant les troubles précoces de la relation mère-bébé dans le bulletin de l'URML.

Cet article peut également être adressé aux médecins coordonnateurs des équipes de PMI afin qu'ils diffusent l'information à leur collaborateur et aux équipes de l'ASE.

2 - Dans un second temps, une formation sur le dépistage peut être réalisée à l'échelon départemental dans le centre hospitalier référent pour les troubles mère-bébé. En Haute-Vienne, il s'agit du CHS d'Esquirol à Limoges, en Corrèze, du CH de Brive et en Creuse, du CHS de St Vauray, à 10 km de Guéret.

Cette formation s'adressant essentiellement à des professionnels libéraux, elle peut difficilement s'organiser durant la journée ; des enseignements en fin de journées sont à privilégier. Par l'intermédiaire de l'URML, des laboratoires pharmaceutiques peuvent être sollicités pour participer à l'organisation des sessions de formation.

Afin d'associer le personnel des résidences mères-enfants et de la PMI aux enseignements, il faudrait mettre en place une convention entre le Conseil Général et l'établissement hospitalier organisant la formation. Par exemple, l'établissement pourrait s'engager à délivrer une formation gratuite et le Conseil Général pourrait motiver ces personnels à suivre la formation en leur proposant une prise en charge de leurs déplacements.

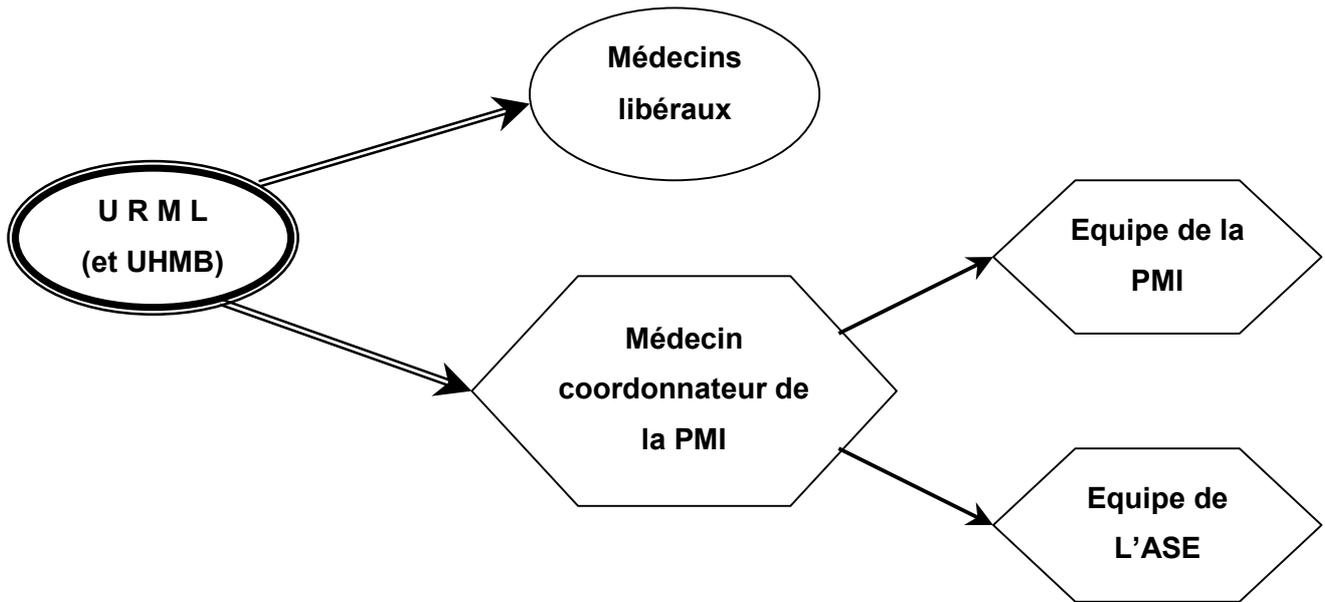
Les intervenants des CMPP sont nombreux et variés. Ils ne sont pas tous forcément au même moment dans la structure. Comme pour les résidences mère-enfant, il faudrait organiser une formation dans l'établissement hospitalier référent départemental pour réunir le plus de monde possible. Une convention entre le gestionnaire du CMPP et l'établissement hospitalier pourrait là encore préciser les modalités de participation des acteurs.

3 - Les soignants (psychiatres et infirmiers) des UHMB pourront également aller dans les départements très ponctuellement, à la demande de ces acteurs pour intervenir dans le cadre de formations spécifiques et pour suivre l'évolution de la pratique et des connaissances des professionnels locaux relatives à la pathologie mère-bébé. Selon les disponibilités des acteurs et/ou des formateurs, ces formations et ces interventions spécialisées peuvent se dérouler dans les UHMB de Haute-Vienne ou dans les centres référents des départements.

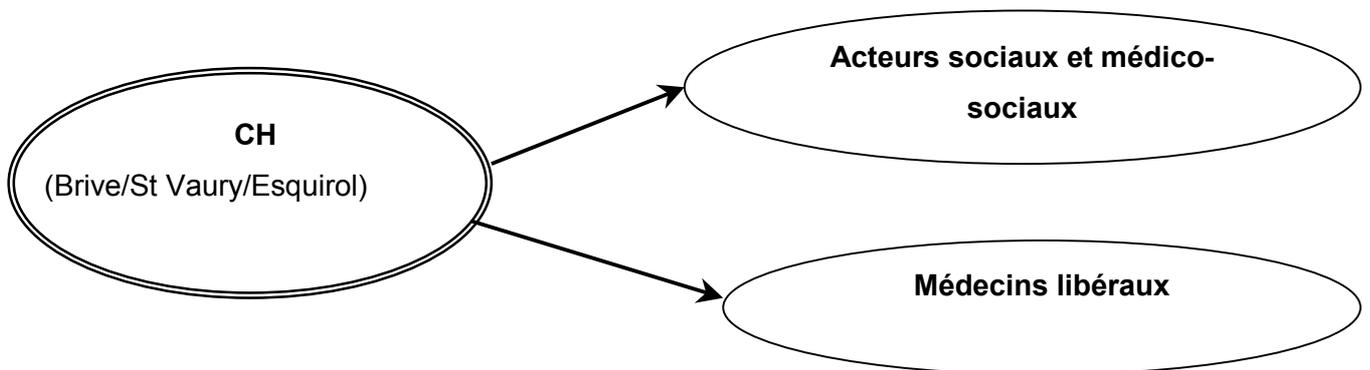
## Proposition d'organisation de la formation des professionnels départementaux de la périnatalité

A l'échelon départemental, une organisation en trois temps :

**1** une information de tous les intervenants par courrier avec l'aide de l'URML



**2** une formation de tous les intervenants sur le **dépistage** et la **conduite à tenir** en cas de suspicion de troubles précoces de la relation mère-bébé par les équipes hospitalières départementales



**3** Pour certains professionnels une formation complémentaire plus spécifique, ponctuelle avec les équipes des UHMB de Limoges

Globalement différentes actions de formation et d'information peuvent être menées.

Une formation technique est à privilégier auprès des équipes de psychiatrie des établissements.

Pour les professionnels libéraux, l'accent est à porter sur le dépistage, la connaissance et reconnaissance des partenaires départementaux. Pour cela il faut inventer des modalités de coopération inter institutionnelles.

Ainsi, une formation en plusieurs temps et pour plusieurs publics peut être imaginée, s'appuyant sur les compétences régionales des UHMB.

Pour améliorer l'acceptation de la formation par les acteurs non hospitaliers, on peut imaginer que la formation se présente sous l'égide de l'URML et du Conseil Général, bien qu'elle soit réalisée par les équipes hospitalières.

## **.2 MISE EN PLACE D'UN RESEAU DEPARTEMENTAL**

La mise en place d'une formation pour l'ensemble des personnels sanitaires et sociaux intervenant dans le champ de la périnatalité est le point de départ de rencontres et d'échanges plus ou moins formalisés entre ces acteurs, à la base de la construction d'un réseau de prise en charge.

La circulaire du 25 novembre 1999 relatives aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux définit les objectifs des réseaux de soins. "Ils doivent mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné autour de besoins des personnes. Ils visent à assurer une meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention."

La mise en œuvre de ces objectifs peut être affectée par le recours à diverses procédures :

- conventions entre établissements et l'ARH
- crédits d'Etats en application de diverses circulaires
- subventions d'origines diverses

## **.2.1 Principes**

**La pathologie** que l'on veut prendre en charge sont les troubles précoces de la relation mère-bébé.

**La population concernée** sont les femmes enceintes et en post-partum et leur bébé.

**Les acteurs impliqués** sont les médecins et soignants, libéraux et hospitaliers, ainsi que les professionnels du social intervenant dans le champ de la périnatalité : généralistes, obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, psychiatres, pédopsychiatres, puéricultrice, assistante sociale...

Une **coordination des actions** sera réalisée.

Des **rencontres régulières entre les différentes équipes** seront organisées régulièrement.

Une **évaluation des actions** menées sera entreprise.

### **.2.1.1 Continuité des soins**

Le travail en réseau repose sur une équipe dans un souci "d'interprofessionalité", "d'intersectorialité" pour un ajustement permanent des pratiques et des schémas thérapeutiques. Pour effectuer un travail continu, l'équipe doit intégrer les différents partenaires institutionnels et libéraux, les acteurs du sanitaire et du social.

### **.2.1.2 Qualité**

La qualité des soins dépend de la précocité de l'intervention. L'équipe doit être formée au repérage précoce des facteurs de risques de souffrance psychique du bébé et exercée à l'observation du bébé.

Une prise en charge adéquate doit également être proposée lorsque des troubles relationnels sont mis en évidence.

Un projet thérapeutique doit être proposé à chaque dyade. La qualité de ce projet dépend pour sa mise en œuvre, de l'équipe soignante qui doit être multidisciplinaire et composée de l'ensemble des professionnels intervenants dans le soin : psychologue, psychomotricien, orthophoniste, infirmier, éducateur, assistant socio-éducatif, aide soignant...

### .2.1.3 Proximité

La proximité est une dimension importante à prendre en compte à tous les moments : dépistage, prise en charge et suivi.

Le réseau doit se positionner à l'échelon départemental et infra départemental. Il s'agit d'apporter une compétence au plus près du **domicile des familles** et des professionnels. Pour cela, il faudrait renforcer les équipes des services de PMI.

La prise en charge de proximité devrait pouvoir proposer une **prise en charge mère-bébé en hospitalisation de jour**. Celle-ci pourrait être assurée par l'équipe des CMPP à condition de renforcer les effectifs de ces structures.

La prise en charge des troubles relationnels mère-bébé peut s'appuyer sur les CMPP, structures infra départementales, dans lesquelles travaillent certains psychiatres hospitaliers du secteur.

A côté des consultations intervenant dans le cadre des CMPP, les équipes de secteur doivent mener une activité de visite à domicile qui permettent :

- de maintenir les dyades dans leur famille,
- de conserver un suivi pour les dyades hébergées en résidence mère-enfant,
- de prendre en charge des patients qui ont du mal à se déplacer ou qui refusent les soins dont ils ne perçoivent pas la nécessité.

## .2.2 Organisation

### .2.2.1 Référent coordonnateur

Selon que l'on est dans un processus de dépistage ou de prise en charge, la personne référante ne sera pas la même.

Dans le cadre de la prise en charge de troubles relationnels mère-bébé chez l'enfant, une des personnes de l'équipe soignante du CMPP sera l'interlocuteur référent pour l'ensemble des membres du réseau. Pour la prise en charge de la mère, une personne du centre hospitalier de secteur ou un psychiatre libéral pourra être la personne ressource.

En ce qui concerne le dépistage, le rôle des sages-femmes dans les maternités est à privilégier. Leur référent sera un membre des UHMB de Limoges ou un soignant du centre hospitalier de secteur, selon les troubles présentés par la mère.

#### .2.2.2 Dossier de suivi

Afin d'assurer une bonne adéquation du projet thérapeutique et de la prise en charge, un dossier succinct mais commun à l'ensemble des intervenants devrait être mis en place. Ce dossier pourrait permettre d'identifier le soignant référent de la dyade et les différentes personnes ayant déjà participées à la prise en charge de la dyade.

#### .2.2.3 Structure pivot, essentiellement départementale

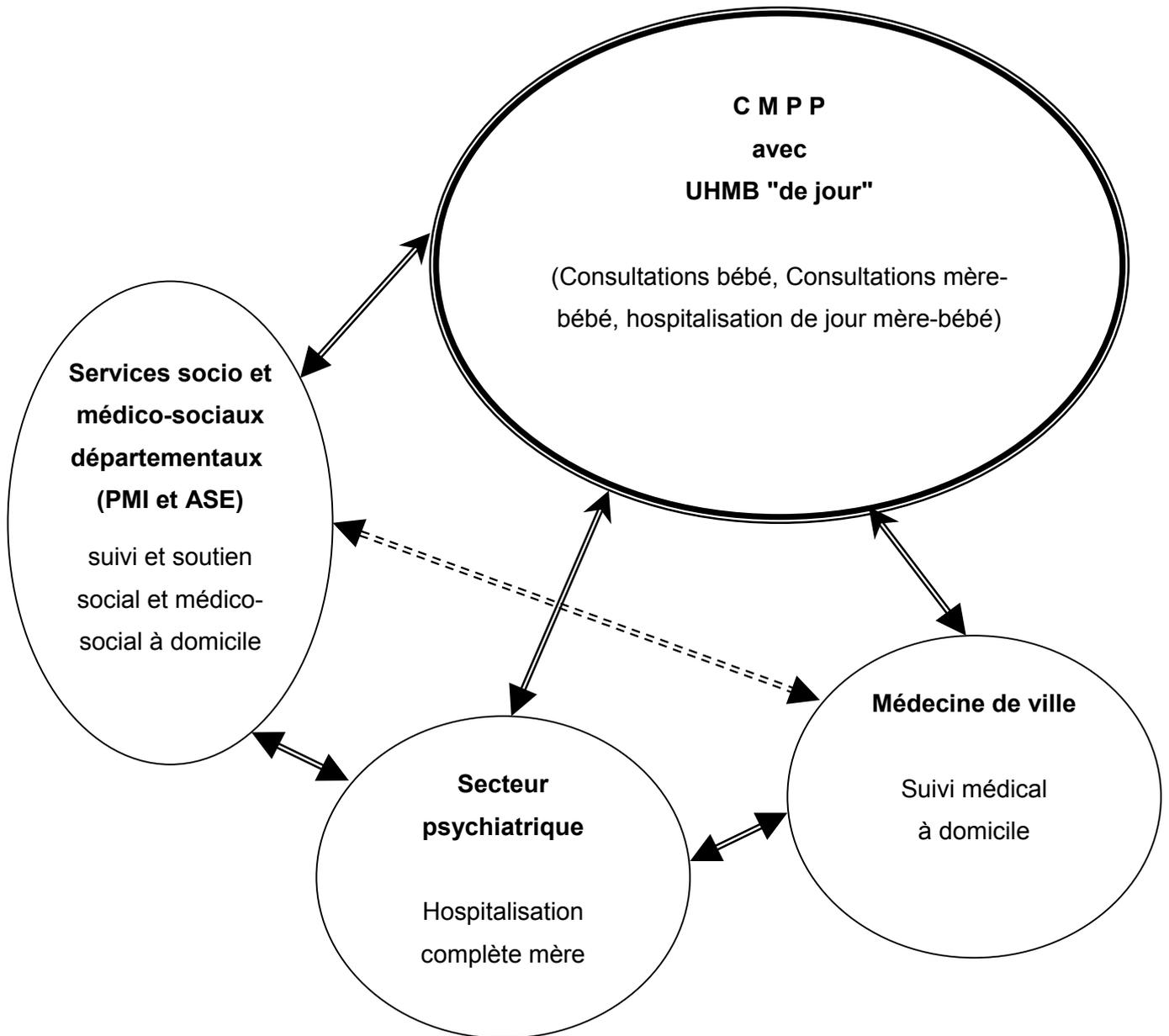
Le CMPP, structure extra-muros, devrait être renforcée. Une organisation de type UHMB "de jour" pourrait ainsi être proposée aux dyades accueillies. Cela permettrait une prise en charge plus diversifiée. Pour les professionnels médicaux, sociaux et médico-sociaux de la périnatalité, cette structure devrait être identifier comme un pôle de compétences spécifiques dans la prise en charge des troubles relationnels mère-enfant. Par son intermédiaire, des relations informelles dans un premier puis plus formalisées grâce au dossier de soin devraient voire le jour entre les acteurs.

L'organisation du dépistage des troubles précoces de la relation mère-bébé, même si elle repose au départ essentiellement sur les sages-femmes des maternités, nécessite un diagnostic psychiatrique précis et réalisé par des professionnels de santé mentale. Pour cela les sages-femmes des maternités sont amenées à travailler en étroite collaboration avec les psychiatres des UHMB de Limoges et avec les psychiatres des établissements de secteur.

En dehors du dépistage qui peut être mené par l'équipe soignante de la maternité et qui représente l'essentiel du dépistage, les professionnels de la santé et du social, peuvent aussi suspecter des troubles relationnels mère-bébé chez la femme enceinte ou en post partum à domicile. Dans ce cas, ils peuvent tout aussi bien contacter la maternité de la patiente, que le centre hospitalier du secteur ou que l'équipe de PMI, selon l'importance du tableau clinique.

**PRISE EN CHARGE :**

**Un réseau départemental et infra départemental, basé sur le CMPP**



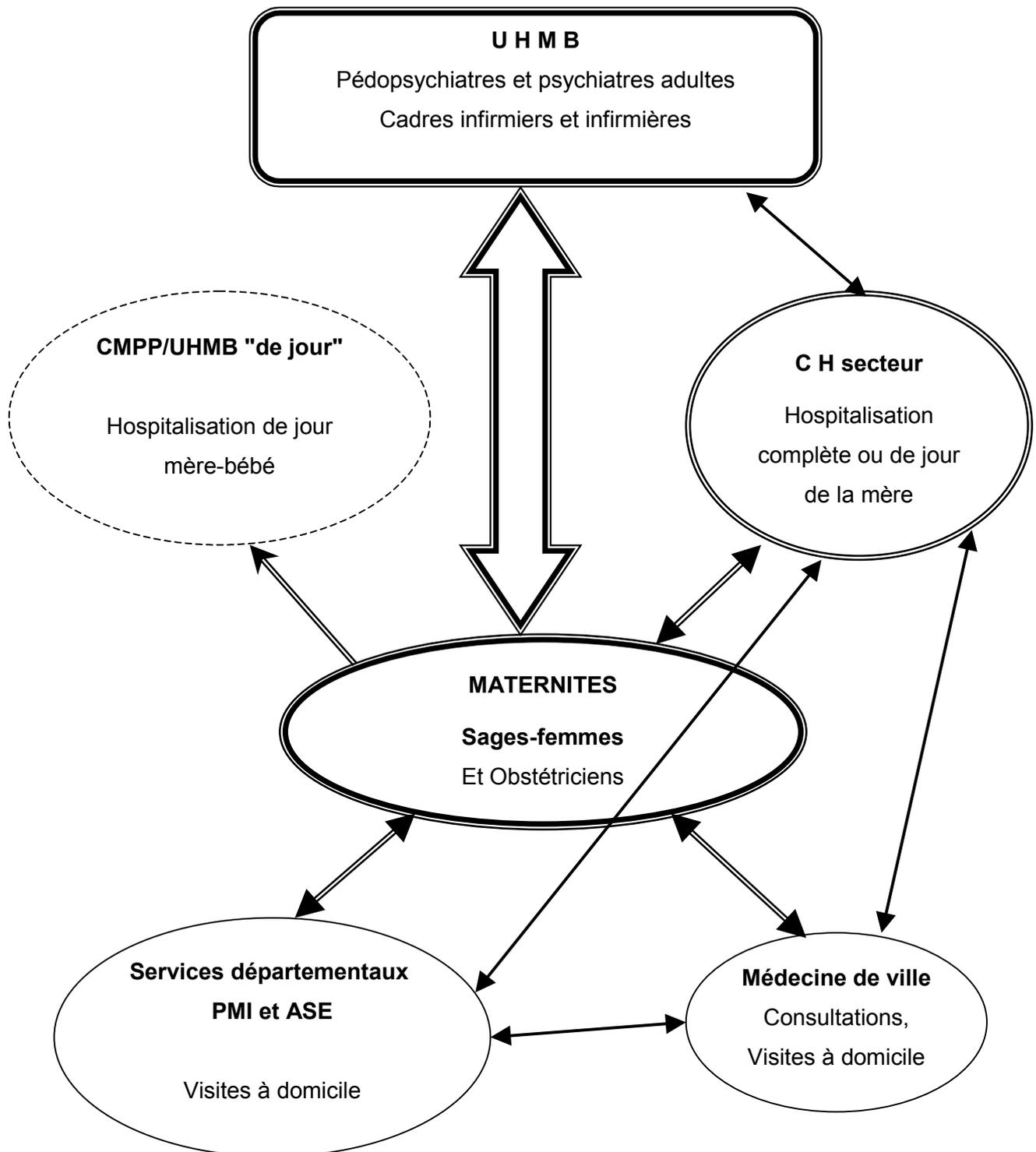
L'organisation de la prise en charge a été schématisée sur la page précédente. Le CMPP apparaît comme la structure référente pour les acteurs. Les professionnels du centre pourront aller à domicile prendre en charge certaines dyades. Cela se fera en collaboration avec les services du département et/ou avec le médecin traitant et/ou l'équipe hospitalière psychiatrique de secteur selon la pathologie présentée par la dyade et ses antécédents.

En ce qui concerne le dépistage, une proposition d'organisation en réseau a été présentée sur la page suivante. Elle repose sur les maternités.

Les sages-femmes grâce à la formation suivie à Limoges devraient pouvoir dépister les troubles précoces de la relation mère-bébé chez les femmes qu'elles voient en consultation durant la grossesse et chez les femmes hospitalisées en post partum. Ainsi elles peuvent informer l'équipe de psychiatrie de l'UHMB avec laquelle elles ont des liens privilégiés du fait des différentes formations. L'équipe de l'UHMB préviendra l'équipe de psychiatrie locale pour qu'elle intervienne.

En fonction de la symptomatologie, une prise en charge de la mère en hospitalisation complète, ou un suivi en hospitalisation de jour par le CMPP, ou un suivi à domicile par l'équipe de PMI sera mis en place.

**DEPISTAGE pendant la grossesse de la mère :**  
**Rôle pivot des maternités**



### **.3 POURSUITE DES RECHERCHES ET COOPERATIONS**

De nombreux travaux de recherche ont déjà été menés par les UHMB de Limoges. Cette dynamique est à poursuivre pour améliorer la connaissance épidémiologique (facteurs de risque) et clinique de la pathologie relationnelle mère-bébé, l'évaluation des prises en charge, la qualité des prises en charges.

Pour évaluer le travail réalisé par les équipes, en fonction de tel ou tel paramètre et les conséquences sur le développement de l'enfant, il est nécessaire de mener des études multicentriques dans l'ensemble des UHMB de France et d'Europe avec qui il existe déjà une coopération. Pour cela, il est nécessaire de recueillir les mêmes données. L'élaboration d'un dossier de soin commun aux UHMB est une recherche à poursuivre et à développer avec les nouvelles UHMB.

Pour une meilleure circulation des nouveautés scientifiques entre les unités mère-bébé en France, en Europe et à l'étranger, il est nécessaire de réaliser régulièrement des rencontres. Les congrès organisés tous les deux ans sont des étapes à ne pas manquer pour échanger avec les autres professionnels. Le 5<sup>o</sup> Colloque européen des unités d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie sera organisé à Limoges en mai prochain.

Cette manifestation est un excellent moyen de faire connaître la pathologie relationnelle mère-bébé dans la région et de développer des coopérations entre les équipes régionales et d'autres équipes extérieures plus expérimentées dans le domaine. Ainsi, des réflexions sur les pratiques des différentes équipes peuvent donner lieu à des évolutions intéressantes des pratiques.

Indirectement, ces avancées permettent d'accroître l'attractivité de la Faculté de Médecine de Limoges, dans une région qui compte des postes vacants en psychiatrie hospitalière. La possibilité de poursuivre une activité de recherche après l'internat est une source d'attrait considérable pour les jeunes praticiens.

De plus, multiplier les liens entre les équipes hospitalo-universitaires et les équipes de secteurs qui suivent la file active dont la taille est bien adaptée aux études cliniques, épidémiologiques et thérapeutique est un atout à conserver.

## CONCLUSION

La naissance est la première étape du processus d'intégration du nouveau-né dans sa famille et la société. La grossesse est une expérience psychique et humaine fondamentale, riche de fantasmes, d'espoir et d'angoisse. L'objectif est de mettre au monde un nouveau-né sain, bien intégré dans sa famille et son milieu. Il va de soi que le suivi médical de la grossesse et de la naissance ne sont pas seuls en cause et que la qualité de la naissance est influencée par le niveau socioculturel, l'expérience personnelle et l'équilibre psychologique des parents.

En novembre dernier, l'émission télévisée "Des racines & des ailes" était intitulée *Du baby blues à la folie* et traitait de la pathologie psychiatrique périnatale. Ainsi, le grand public a pu découvrir ce trouble, encore relativement méconnu et honteux dans une société où la maternité va de pair avec l'amour maternel (BADINTER, 1980 ; DOLTO, 1977).

La prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé a fait apparaître de nouvelles pratiques de soins, basées sur l'observation du bébé, l'accompagnement des échanges mère-bébé, dans des structures qui s'occupent à la fois des troubles de l'un et de l'autre, avec des professionnels du nourrisson et de l'adulte. Le domaine de la périnatalité est un champ de compétence partagé entre l'Etat et les Collectivités territoriales et concerne autant les acteurs du sanitaire que ceux du médico-social et du social.

Ainsi, la périnatalité concerne le MISP à plusieurs niveaux (planification, évaluation, partenariats interdépartemental et inter institutionnel).

Le Limousin possède deux des seize unités d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie française. Cette caractéristique a été le point de départ d'une recherche sur le dépistage et la prise en charge des troubles relationnels mère-bébé dans la région.

L'évaluation globale des modes de dépistage et de prise en charge de ces troubles a fait apparaître quelques points faibles, tels que, une connaissance inégale des troubles par les professionnels, une absence d'organisation formelle entre les professionnels et un manque de prise en charge de proximité.

Les recommandations faites pour améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles de la relation mère-bébé en Limousin reposent sur trois éléments clés que sont la formation, la mise en place d'un réseau et la poursuite de la recherche. La formation doit concerner l'ensemble des professionnels de la grossesse et de la petite enfance, acteurs du secteur sanitaire et du social. L'organisation des soins en réseau permettra à l'ensemble des départements de bénéficier d'une prise en charge de proximité et de qualité. La poursuite des activités de recherche des unités contribuera à mieux appréhender la psychopathologie des troubles relationnels mère-bébé et par la même leur dépistage et leur prise en charge.

Tout cela passe par une implication de l'ensemble des professionnels, mais aussi sur une meilleure information du public pour aider les femmes à déculpabiliser et ainsi à verbaliser plus rapidement leur mal être avant qu'il n'ait un retentissement sur le bébé.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AINSWORTH M.D.S., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S. (1978). Patterns of attachment : a psychological study of the strange situation, Hillsdale, nj, Erlbaum.

APPELL G. et DAVID M. (1962). Etude des facteurs de carence affective dans une pouponnière, *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, IV. Paris, PUF.

AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION DU LIMOUSIN (1999) Schéma régional d'organisation sanitaire du Limousin 1999-2004.

BADINTER E. (1980). L'amour en plus, Histoire de l'amour maternel XVII°-XX° siècle. Paris, Ed Flammarion.

BALOUTCH N. (1999). Troubles psychiques de la puerpéralité. Evaluation de son retentissement sur la relation mère-bébé (étude prospective sur 95 cas). Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine de Limoges, 11 juin.

BEARDSLEE W.R., BEMPORAD J., KELLER M.B., KLERMAN G.L. (1983). Children of parents with a major affective disorder : a review. *Am J Psychiatr* ; 140 : 825-832.

BICK E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *Int J Psychoanalysis* ; 558-566.

BOWLBY J.(1951). Soins maternels et santé mentale, Genève, Organisation mondiale de la santé.

CLEMENT R. (1993). Parents en souffrance. Paris, Ed Stock.

CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. (1993). La pratique des psychothérapies mères-bébés : Etudes cliniques. Paris, PUF, Le fil rouge.

DOCUMENT C. (1977). La prévention médico-psycho-sociale précoce – Modalités d'aide – Schémas et projets. Paris, Ed COPES.

DOLTO F. (1977). Lorsque l'enfant paraît. Tome 1. Ed Seuil.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LIMOUSIN (2000). Atlas Santé-Action Sociale.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DU LIMOUSIN (2001). Memento Statiss.

DUGNAT M. (1999). L'hospitalisation mère-bébé. Ramonville, Ed Erès.

GUEDENEY A. (1997). Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris, Masson.

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE (1994). La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité. Rennes, Ed ENSP.

KELLER M.B., BEARDSLEE W.R., DORER D.J. *et al.* (1986). Impact of severity and chronicity of parental affective illness on adaptative functioning and psychopathology in children. Arch Gen Psychiatry ; 150 : 662-673.

KESTPEMBERG E. (1982). Devenir de la prématurité. Paris, Ed Psychiatrie de l'enfant, PUF.

KREISLER L. (1989). L'expression somatique dans la psychopathologie du nourrisson, in LEBOVICI S. et WEIL-HALPERN F. (eds), Psychopathologie du bébé. Paris, PUF.

LAROQUE P. *et al.* (1980). Les institutions sociales de la France. Paris, La Documentation Française.

LEBOVICI S. (1983). Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris, Le Centurion.

MINISTERE de l'EMPLOI et de la SOLIDARITE (1997), Direction de l'Action Sociale, Comité de pilotage de "l'opération pouponnière", L'enfant en pouponnière et ses parents. Paris, La Documentation Française.

MINISTERE de l'EMPLOI et de la SOLIDARITE (1999), Direction de l'Action Sociale, sous la direction de D. HOUZEL, Les enjeux de la parentalité. Ramonville, Ed Erès.

MOLENAT F., TOUBIN R.M. (1996). La naissance occasion d'un réaménagement de l'identité des parents : intérêt d'un réseau de soins précoces. *Parents en souffrance*, Prisme ; 6 : 22-39.

MURRAY L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatr* ; 33 : 543-561.

RACAMIER P.C., SENS C., CARRETIER L. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. *L'évolution psychiatrique* ; 26 : 525-570.

SINCLAIR D., MURRAY L. (1998). Effects of postnatal depression on children's adjustment to school. *Br J of Psychiatry* ; 172 : 58-63.

SOULE M. (1977). La prévention médico-psycho-sociale précoce – nécessités et difficultés. *La Ville et l'enfant*. Paris – pp 201-209.

STOLERU S., MORALES M. (1989). *Psychothérapies mères/nourrissons dans les familles à problèmes multiples*. Paris, PUF.

SPITZ R.A. (1965). *De la naissance à la parole*. Paris, PUF, 1968.

WEINBERG M.K., TRONICK E.Z. (1995). Maternal depression and infant maladjustment : a failure of mutual regulation. In Noshpitz J ed. *The handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York : John Wiley and Sons.

WINNICOTT D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire, dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969.

**Autres documents :**

Actes des deuxièmes journées nationales de l'hospitalisation mère-enfant en (pédo)psychiatrie. Centre Hospitalier de Montfavet, 6 et 7 avril 1995, Montfavet.

Actes des troisièmes journées de travail de l'hospitalisation mère-enfant en (pédo)psychiatrie. Institut Théophile Roussel, 24 et 25 avril 1997, Montesson.

Actes du colloque national : Les pratiques de l'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie. 29 et 30 janvier 1993, Créteil.

Quatrièmes journées européennes des unités d'hospitalisation mère-bébé en psychiatrie. Centre Hospitalier de Brumath, 3 et 4 juin 1999, Brumath.

## **Textes réglementaires**

### ***Lois***

- ◆ Loi n°83-8 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- ◆ Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat.
- ◆ Loi n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la promotion de la santé, de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétence en matière d'aide sociale et de santé.
- ◆ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle.

### ***Décrets***

- ◆ Décret n°74-58 du 15 janvier 1974 relatif aux pouponnières.
- ◆ Décret n°92-785 du 6 août 1992 relatif à la protection maternelle et infantile.
- ◆ Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale.
- ◆ Décret n°98-890 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de santé publique.

### ***Ordonnances***

- ◆ Ordonnance du 2 novembre 1945 relative à la création de la protection maternelle et infantile.
- ◆ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative à l'hospitalisation publique et privée.

### ***Circulaires***

- ◆ Circulaire du 15 mars 1960 relative à l'organisation en secteurs de la psychiatrie.
- ◆ Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
- ◆ Circulaire DGS/SQ2/DAS/DH/DSS/DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe 1 : Répartition des unités d'hospitalisation mère bébé en France en 2001**

**Annexe 2 : Carte géographique et routière de la région Limousin en 1998** (non présente)

**Annexe 3 : Sectorisation psychiatrique adulte en Limousin en 1998**

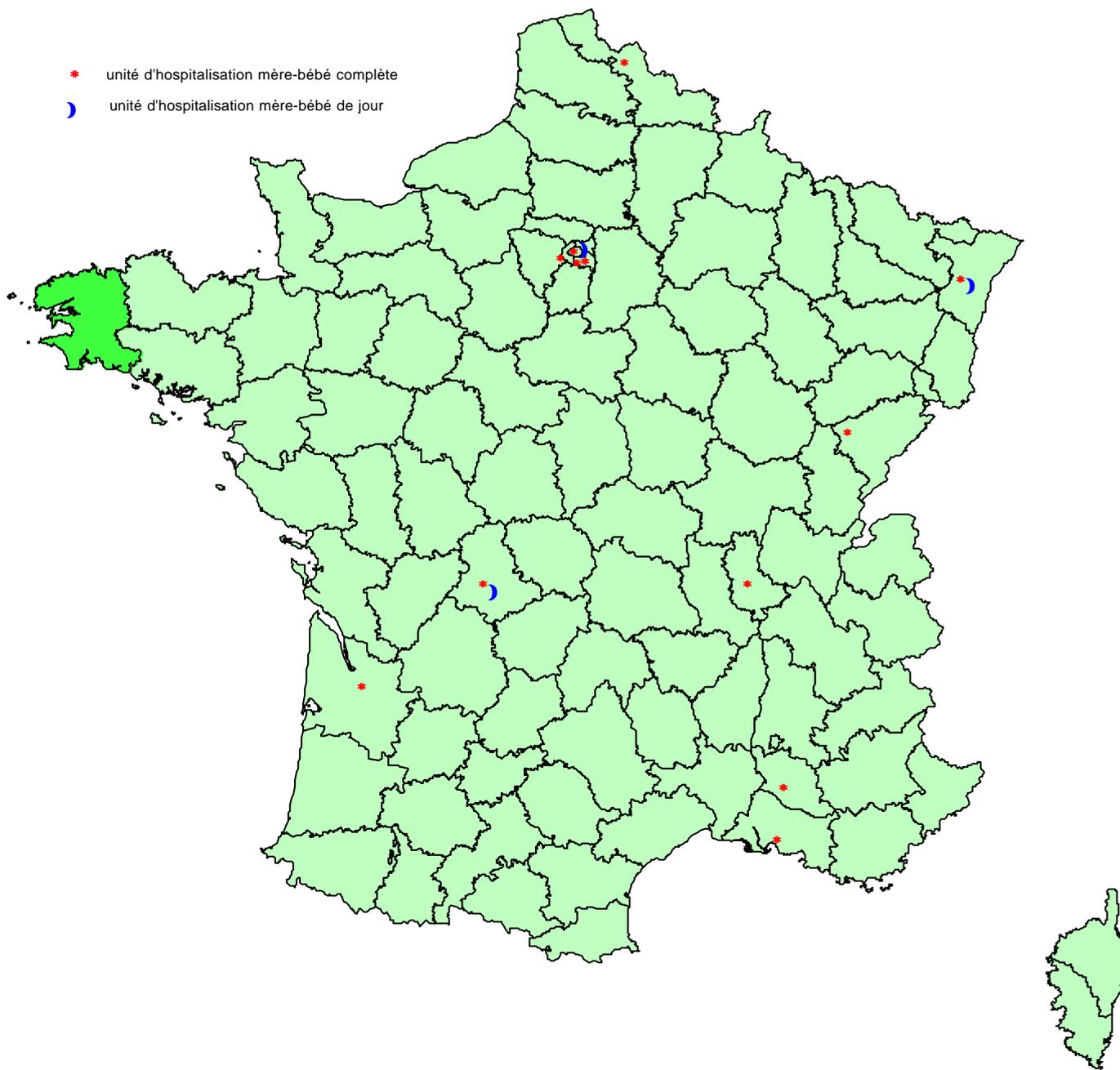
**Annexe 4 : Sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Limousin en 1998**

**Annexe 5 : Guide d'entretien**

**Annexe 6 : Liste des professionnels interviewés, impliqués directement et indirectement dans la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé**

**Annexe 7 : Répartition géographique des structures participant à la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé en Limousin en 2001**

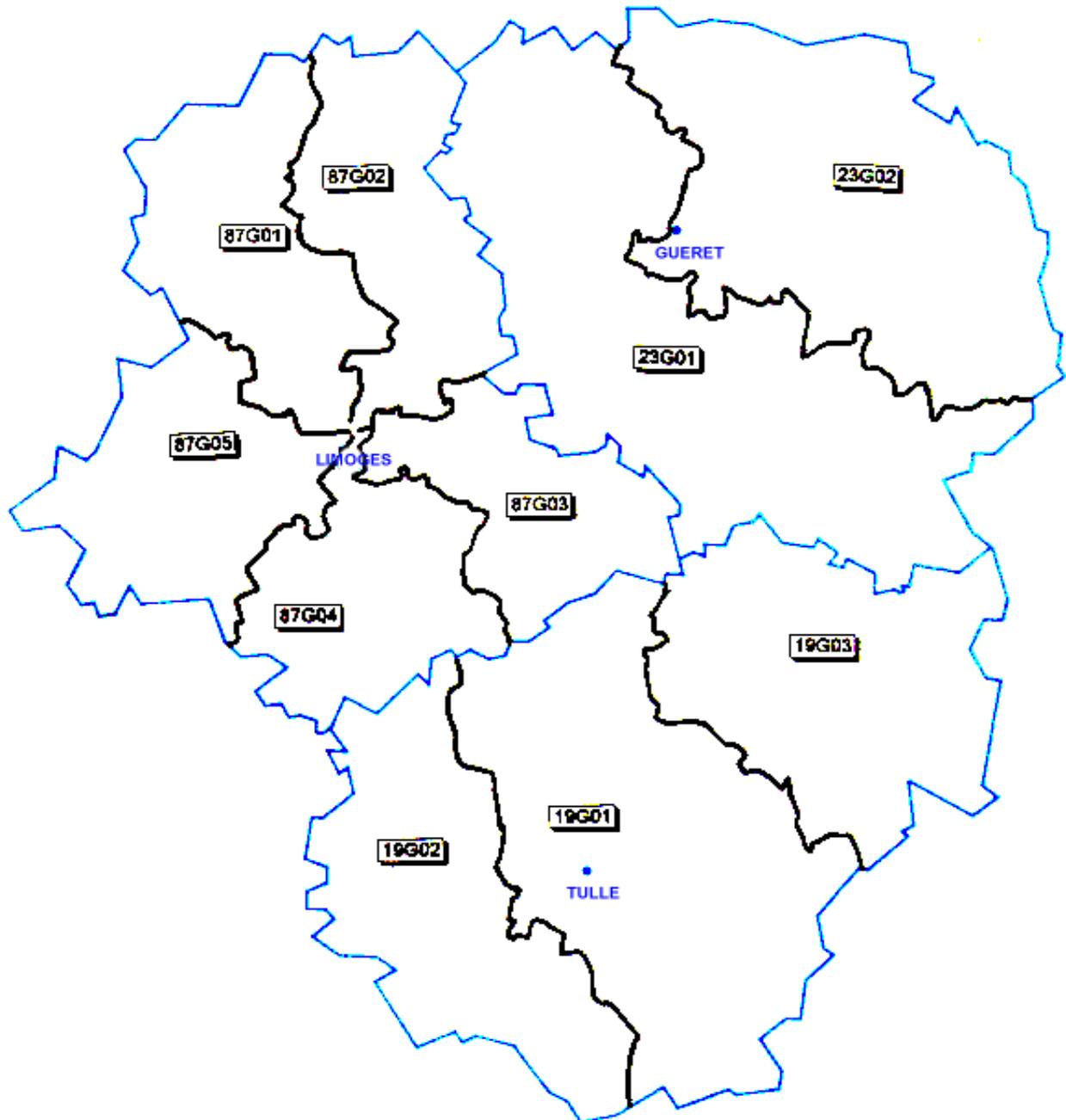
## Annexe 1 : Répartition des unités d'hospitalisation mère-bébé (UHMB) en psychiatrie en France en février 2001



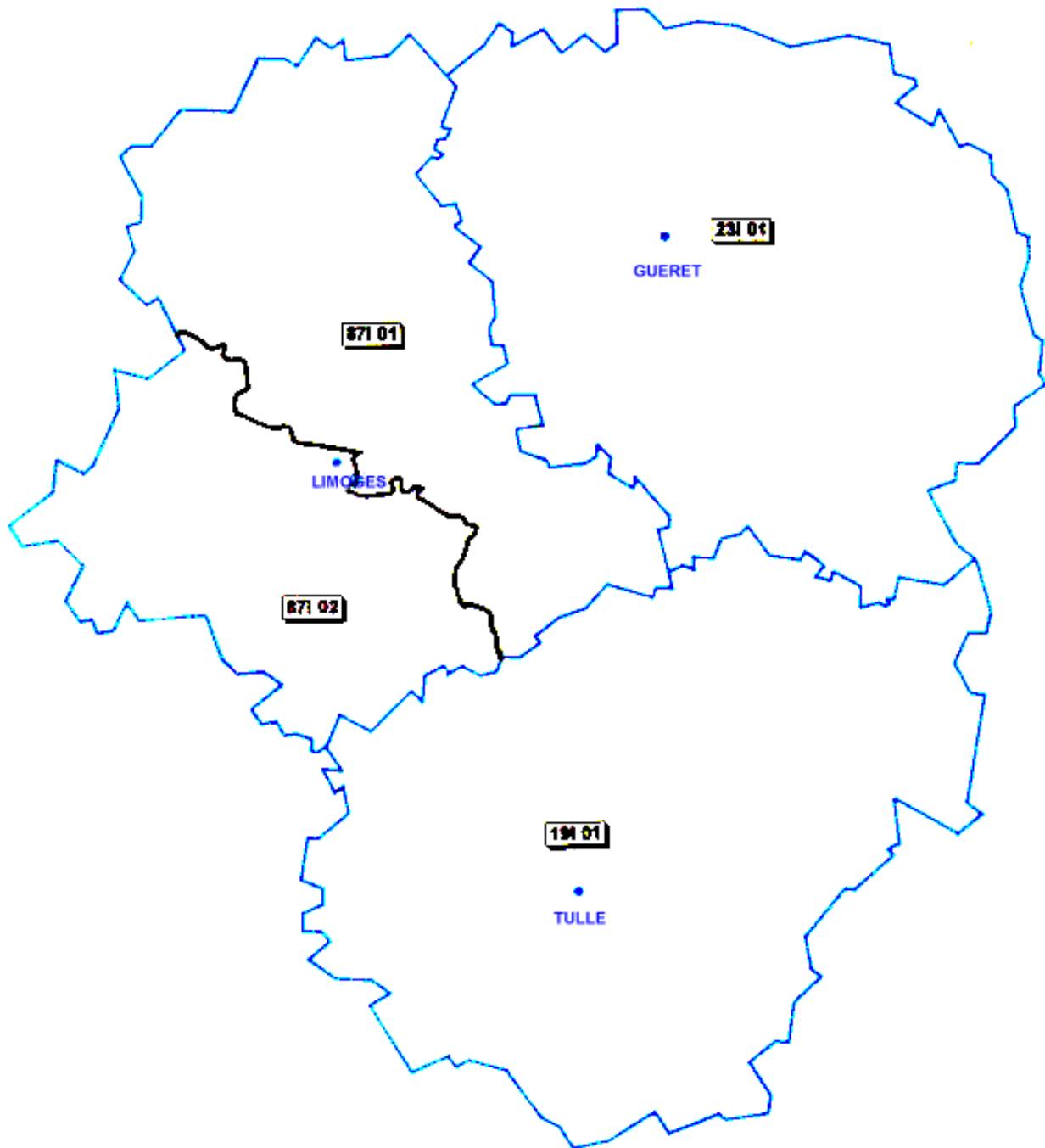
### Annexe 3

## LIMOUSIN : SECTORISATION PSYCHIATRIQUE ADULTE

**Secteur psychiatrique** : aire géographique qui constitue la zone d'intervention des services chargés de la psychiatrie mais également des établissements de traitements de prévention et de post-cure nécessaire.



## LIMOUSIN: SECTORISATION PSYCHIATRIQUE INFANTO-JUVENILE



## **Annexe 5 : GUIDE D'ENTRETIEN**

### **Introduction**

- présentation, cadre de l'entretien (mémoire MISP).
- thème du mémoire : prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé en Limousin : place de l'unité d'hospitalisation mère bébé (UHMB).
- justification du choix de la personne interviewée.
- entretien anonyme.
- définition des troubles précoces de la relation mère bébé interviewer/interviewé.

### **Consigne initiale**

**Pourriez vous me raconter comment vous prenez en charge les mères et les enfants présentant des troubles précoces de la relation mère bébé ?**

### ***Relances :***

Comment les dyades vous sont-elles adressées ?

Est-ce qu'il existe actuellement un partenariat avec les autres professionnels concernés ? Comment cela se passe ?

Comment s'organisent les relations entre le sanitaire et le social ?

Comment le dispositif fonctionne au niveau de votre département ?

Quels liens avec les professionnels régionaux ?

### ***Thèmes à aborder lors de l'entretien :***

Dysfonctionnements dans la prise en charge actuelle ?

Changement dans les représentations des compétences des nouveau-nés parmi les soignants ?

Besoins ? (formation/information, par qui ? comment ?)

Faut-il proposer prise en charge plus locale ? Comment ?

Place de l'UHMB de Limoges ?

### **Conclusion**

Autres points importants à aborder.

Propositions de personnes à rencontrer, de documentation utile.

Remerciements.

**Annexe 6 : Liste des professionnels interviewés, impliqués directement et indirectement dans la prise en charge des troubles précoces de la relation mère bébé**

<b>N°</b>	<b>LOCALISATION</b>	<b>INSTITUTION</b>	<b>PROFESSION</b>
1	REGION	URML	Médecin généraliste
2	DEPT 87	Clinique	Surveillante sage-femme
3	DEPT 87	CHRU Limoges	Obstétricien
4	DEPT 87	CHS Limoges	Psychiatre, pédopsychiatre et cadre infirmier
5	DEPT 87	ASE	Cadre socio-éducatif et psychologue
6	DEPT 19	PMI	Médecin de secteur
7	DEPT 19	CH Tulle	Obstétricien
8	DEPT 19	Libéral	Psychiatre
9	DEPT 23	CH Guéret	Pédiatre
10	DEPT 23	CHS St Vaury	Pédopsychiatre
11	DEPT 23	PMI	Puéricultrice, sage-femme et médecin de secteur

En plus de ces professionnels, certains "décideurs/financeurs" ont été rencontrés :

- Assurance Maladie : Médecin de l'échelon régional du service médical,
- DRASS : Médecin inspecteur régional.

## Annexe 7 : Répartition des structures de prise en charge des troubles précoces de la relation mère-bébé

