

10 La prévention précoce

Introduction

par Julie Le Foll

Les points forts (*Touch-Points*) et la pédagogie préventive du développement

Brazelton propose d'utiliser les crises normales du développement, les points forts, pour en faciliter la compréhension et en augmenter la tolérance, en prévenant les parents et en les informant sur ces étapes du développement. Cette pédagogie du développement et cet accompagnement ont un effet préventif. C'est un rôle majeur du médecin de famille, du généraliste, autant que du pédiatre.

Cette attitude de dépistage et d'attention aux signes précoces suppose que l'on ne confonde pas la notion de facteur de risque (facteur identifié comme étant associé à un risque accru d'une pathologie) et la notion de facteur étiologique, ou encore de ne pas penser que l'existence d'un facteur de risque entraîne nécessairement un destin pathologique. Dès lors, dépister n'est pas stigmatiser, mais offrir de l'attention aux vulnérabilités.

La prévention précoce dans les familles vulnérables : intérêt des visites à domicile périnatales (VAD)

Le travail à domicile représente un outil puissant et efficace d'évaluation et d'intervention, notamment pour accéder aux familles les plus vulnérables. Ces familles, qui peuvent accumuler des difficultés psycho-sociales multiples (précarité, manque de soutien social, carences parentales...) sont souvent très isolées et utilisent peu les lieux médico-sociaux mis à leur disposition (Stoléru et Moralès, 1990 ; [Lamour, 2010](#) ; Dugravier, 2012). De plus, ces critères de vulnérabilité, surtout s'ils se cumulent, exposent l'enfant à naître à un risque plus important de pathologie somatique (mort subite, maladies récurrentes, malnutrition ou retard de croissance), mais aussi de retard de développement, de difficultés d'apprentissage et de maltraitance. (Armstrong, 1999). Les femmes en situation de vulnérabilité se révèlent également plus à risque de présenter une dépression périnatale, obstacle

certain à l'établissement harmonieux du lien mère-bébé, essentiel au bon développement de l'enfant. L'objectif pour ces familles est donc de parvenir à réduire l'impact des vulnérabilités psychosociales sur la santé mentale de la mère et de l'enfant, en proposant des modalités d'interventions adaptées, c'est-à-dire utilisables par elles.

Or, ces familles ont souvent connu des expériences précoces douloureuses, voire traumatisantes, qui compliquent la création et le maintien de liens stables (Lamour, 2003). Très souvent dans un vécu d'insécurité relationnelle, ces parents acceptent alors plus difficilement l'aide proposée (Dozier, 2001). De plus, ces familles peuvent avoir eu l'expérience répétée de ce que Seligman (1994) appelle le « transfert bureaucratique » : des intervenants interchangeables, qui ne tiennent pas leurs promesses et qui ne sont pas réellement impliqués. C'est dans ce contexte, particulièrement fragile et instable, que le travail à domicile apparaît comme une stratégie d'intervention intéressante.

En effet, du point de vue des familles, le domicile permet une évaluation et une intervention dans un environnement qui leur est familier, et donc plus sécurisant. L'évaluation devient plus pertinente, en s'appuyant sur des situations plus diverses et moins artificielles qu'en institution, permettant ainsi une appréciation plus fine des dysfonctionnements, mais aussi des ressources des familles. Les gestes du quotidien, les relations interpersonnelles peuvent y être évalués au plus juste (David, 2001 ; Lamour, 1999). Par ailleurs, le travail à domicile permet une approche globale de la situation réelle des familles, notamment la prise en compte de la multiplicité des risques. Les difficultés sociales, qui représentent fréquemment un facteur crucial de leur détresse psychologique et affective, doivent être prises en compte, parfois avant tout autre accompagnement.

En France, les visites à domicile périnatales sont essentiellement effectuées par les puéricultrices de PMI, qui se retrouvent alors fréquemment seules, confrontées aux problématiques de ces familles pour lesquelles elles n'ont souvent pas été formées. Le soutien psychologique, bien que faisant partie des missions de la PMI, reste un cadre de travail inhabituel et vite déstabilisant pour une puéricultrice, surtout lorsqu'il vient se confondre avec de véritables soins psychiques. Cette difficulté nécessite, entre autres, le soutien de l'équipe de PMI, de la psychologue notamment, mais aussi un lien avec les équipes spécialisées (secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie).

Dans d'autres pays, où n'existe pas un système préventif tel que la PMI, se sont développés des programmes de recherche à domicile reposant sur l'identification précoce de facteurs de risque ou facteurs de vulnérabilité. Ces interventions ciblées, reposant sur des concepts bien définis, ont montré qu'elles pouvaient infléchir des trajectoires développementales préjudiciables, mais aussi que la prévention représentait un investissement nécessaire. Une

des recherches majeures concernant les interventions précoces à domicile dans les familles à problèmes multiples a été menée par David Olds et son équipe, depuis les années 70 jusqu'à ce jour. Cette recherche reposait sur des concepts bien définis : les visites étaient précoces (début en prénatal), prolongées et continues. Elle concernait des femmes présentant de multiples facteurs de vulnérabilité et avait pour objectifs de cibler des facteurs susceptibles d'être modifiés (compétences parentales, éducation à la santé, formation, logement, aides sociales, inscription dans le réseau sanitaire, social et éducatif...). Les visites étaient effectuées par des infirmières formées et supervisées (1998, 2006). En France, l'étude CAPEDP (Compétences parentales et attachement dans la petite enfance) s'est également intéressée aux effets préventifs des visites à domicile périnatales (Guedeney, 2011 ; Tubach, 2012), et a montré les conditions et les limites de leur efficacité.

À domicile, les stratégies d'intervention sont multiples et souvent associées : elles peuvent inclure le soutien émotionnel, le soutien par des services concrets, la guidance de développement, et la psychothérapie parent-enfant. La guidance de développement, initialement proposée par Selma Fraiberg (1999), a pour but d'encourager et de raffermir l'attachement entre les parents et le bébé, d'aider les parents à comprendre le « langage » de leur enfant, à lui prêter des pensées et des sentiments propres, et à trouver de nouvelles méthodes d'éducation.

Ce qui apparaît essentiel dans l'intervention auprès des familles vulnérables, c'est l'accompagnement du domicile vers l'extérieur : il s'agit là de traiter la pathologie du lien qui isole ces familles afin de retisser le maillage social qui permettra une meilleure insertion de la famille dans sa communauté de vie. C'est vital pour que la famille puisse s'appuyer sur les ressources de l'environnement, pour développer ses propres ressources et permettre à l'enfant un développement plus harmonieux (Lamour, 2003).

Malheureusement, l'efficacité des interventions à domicile est parfois difficile à évaluer précisément. Des effets bénéfiques ont pu être mis en évidence, si l'intervention à domicile est intensive, précoce et mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés. Les études pionnières de Olds à Elmira notamment (2006) ont montré comment ces interventions précoces réduisent la prévalence des risques morbides ultérieurs, pour la mère et l'enfant, et améliorent la qualité des relations précoces, avec un retentissement certain sur le développement de l'enfant. Mais il semblerait que la dépression de la mère et la sécurité de son attachement agissent comme modérateurs de l'impact des visites à domicile (Duggan, 2004). Et selon certains auteurs, les effets resteraient peu visibles dans certaines familles où le cumul des facteurs de risque serait trop élevé (Dumaret, 2003). Ainsi, beaucoup d'interrogations persistent quant aux conditions nécessaires et suffisantes permettant aux visites d'avoir un impact réel sur l'évolution de la famille. Récemment et dans cette optique, certaines équipes se sont d'ailleurs beaucoup intéressées

à l'analyse qualitative des visites à domicile, afin de mieux en cerner les enjeux (McNaughton, 2000 ; Saias, 2012).

Une des autres limites aux visites à domicile périnatales est davantage liée aux professionnels engagés. En effet, cette pratique nécessite pour les équipes une adaptation de leur cadre de travail qui, bien que particulièrement enrichissant pour elle peut se révéler parfois difficile. La place de l'institution et la formation, la supervision et l'encadrement de l'intervenant apparaissent alors comme des points clés de cette pratique. Le cadre, nécessairement plus souple, exige de l'intervenant une certaine capacité d'adaptation. Ainsi, des affects très variés, et très différents de ceux habituellement ressentis dans un bureau peuvent apparaître plus fréquemment : la gêne, le malaise, l'inquiétude, le sentiment de solitude, la colère, la violence, mais aussi une tendresse pour des gestes d'accueil. Les visites à domicile représentent un large espace émotionnel. Une formation spécifique apparaît nécessaire.

Les résistances des soignants au travail à domicile s'expriment souvent par la peur de pénétrer l'intérieur du patient, la peur de l'envahissement et de l'isolement (Lamour, 1999). En réalité, à domicile, il y a une « co-création » du cadre de travail. Le soignant sera le garant du maintien du cadre, en assurant, par sa venue, la continuité du lien et son inscription temporelle. Enfin, intervenir à domicile sous-entend pour l'intervenant une bonne sécurité intérieure. Il doit en permanence être prudent, se retenir d'agir. L'urgence est de « penser, de donner un sens » aux actes comme aux silences. En effet, tout un chacun, quelle que soit son expérience, s'expose au risque de se retrouver dans une difficulté contre-transférentielle dont la famille pourrait faire les frais. C'est pourquoi le maintien d'un cadre internalisé est si essentiel (Lamour, 1999).

Le soignant est seul mais avec des représentations de tiers, seul mais non enfermé dans un isolement qui pourrait entraîner des dérives de la pratique. L'institution occupe une fonction protectrice pour l'intervenant. Une supervision et une analyse des pratiques régulières sont donc indispensables, quelle que soit l'ancienneté ou l'expertise du soignant. La supervision, individuelle ou collective est une mesure d'accompagnement des professionnels dans une recherche de sens, visant à aider à regarder la situation selon plusieurs points de vue, en y rajoutant les facteurs personnels et les représentations. Elle peut aider les professionnels dans l'appréhension des situations difficiles, voire complexes ou à dépasser une période de stress. Le cadre de ces réunions doit être solide et maintenu avec la même rigueur que le cadre d'un traitement : réunions régulières (la fréquence varie suivant les situations) avec les mêmes soignants de référence. Leur durée (1h à 1h30) doit permettre que s'installe un climat de confiance suffisant.

Dans le champ de la prévention et de l'intervention précoces, l'accompagnement périnatal des familles vulnérables apparaît essentiel. Les parents

n'étant pratiquement jamais demandeurs, l'accès aux nourrissons à risque psychosocial et leur traitement ne sont possibles que grâce à un travail conjoint entre les différents intervenants médico-sociaux de la communauté : les services de PMI, les services sociaux, les centres maternels, les maternités, les pédiatres, les médecins généralistes et les secteurs du soin psychique. Le travail en réseau apparaît alors comme essentiel, se souciant de la continuité de l'environnement proposé aux familles. Il participe ainsi à la construction d'un environnement stable et fiable, qui soutiendra le développement de l'enfant ainsi que la nouvelle parentalité.

Les familles vulnérables

Les recherches portant sur l'efficacité, le rapport coût/bénéfice et la pérennisation des méthodes de prévention précoce de la psychopathologie se sont beaucoup développées partout dans le monde, depuis l'étude de Olds à Elmira, dans l'État de New York, et la démonstration de l'effet important et pérenne d'une action de prévention, si elle est intensive, précoce et mise en œuvre par des professionnels formés et supervisés.

En France, il existe un système de prévention universelle dont le pivot est la Protection maternelle et infantile (PMI). Ce système, qui cible l'ensemble de la population, a pour objectif de favoriser le bien-être physique et mental de l'enfant et de sa famille (de 0 à 6 ans). C'est un système encore envié par nombre de pays, même si nous ne savons pas à quel point et comment ce système de visites à domicile assuré par la PMI est efficace en ce qui concerne la santé mentale de la mère et de l'enfant (Ikounga N'Goma et Brodin 2001) ; ce système n'a jamais été évalué en termes de rapport qualité/coût.

L'étude CAPEDP, débutée en novembre 2006 et qui s'est terminée en juillet 2011, a évalué l'effet d'une intervention précoce à domicile, débutant au cours du troisième trimestre de grossesse et se poursuivant jusqu'aux 2 ans de l'enfant (Tubach *et al.*, 2012 ; Saias *et al.*, 2012, Tereno *et al.*, 2012). Les intervenantes à domicile, qui étaient dans cette étude des psychologues supervisées toutes les semaines par des professionnels des intersecteurs concernés, avaient pour objectif d'instaurer une relation de confiance avec les parents ou la mère seule, ceci afin de permettre un étayage, et un soutien de la relation mère-enfant. Le but de leurs visites régulières (jusqu'à 40 visites à domicile durant toute la période), était d'améliorer la santé mentale de l'enfant, de diminuer la dépression postnatale de la mère et ses effets sur la relation, d'améliorer la sécurité de l'attachement mère-enfant et en particulier de diminuer la désorganisation de l'attachement de l'enfant, et enfin d'accroître la capacité de la mère à utiliser les réseaux sociaux et de soins existants. CAPEDP était une étude longitudinale randomisée en simple aveugle type PROBE qui concerne 440 jeunes femmes, leur bébé et éventuellement leur conjoint. Celles-ci ont

été recrutées selon des critères de vulnérabilité psychosociale proches de ceux utilisés actuellement en France par les PMI, et réparties aléatoirement en deux groupes distincts, un groupe « intervention », avec VAD renforcées, et un « groupe contrôle » avec soins « comme d'habitude ». Les critères d'inclusion étaient le jeune âge relatif de la future mère (moins de 26 ans), le fait que ce soit une première grossesse menée à son terme, et un des trois critères suivants : la jeune femme déclare qu'elle élèvera seule son enfant (critère dit d'isolement), et/ou elle bénéficie de la Couverture médicale universelle ou de l'Aide médicale de l'État (critère de revenus modestes), et/ou son niveau d'études est inférieur à 12 années (critère socioprofessionnel). Les critères de non-inclusion étaient de ne pas comprendre suffisamment le français pour bénéficier de l'intervention et répondre aux évaluations ; les jeunes femmes ayant des maladies chroniques connues et qui sont déjà impliquées dans un réseau de soin et enfin, celles qui risquent de déménager en dehors de la zone d'étude, ce qui remettait en cause le suivi sur deux ans et demi.

L'efficacité de l'intervention a été évaluée par 6 visites à domicile à six points précis : à l'inclusion, à 3, 6, 12, 18, 24 mois de vie de l'enfant, menées par des évaluatrices, elles aussi psychologues formées et supervisées. Ces 6 visites d'évaluation se font de façon indépendante des visites des évaluatrices directement intervenantes, et sans savoir dans quel bras (groupe « intervention » ou « contrôle ») les familles se trouvent. L'évaluation se basait sur des échelles de santé mentale de la mère (SCL, EPDS) et de l'enfant (Brunet-Lézine, ADBB, Attachment Q-Sort, CBCL, HOME), ainsi que des outils qui évaluent le soutien social perçu, l'utilisation du réseau de soin, et aussi l'alliance de travail avec l'intervenante.

Enfin, une étude satellite, CAPEDP-A (attachement) a permis une recherche précise de l'attachement de l'enfant et des comportements parentaux en situation. 120 dyades (60 dans le groupe intervention, 60 dans le groupe contrôle) ont été tirées au sort dans chacun des groupes de 120 de CAPEDP (Tereno *et al.*, 2012). Le résultat principal de cette étude, sur le plan clinique est son efficacité dans les situations les plus sévères, marquées par une très grande vulnérabilité, un âge maternel bas, ou une psychopathologie maternelle importante.

Fantômes dans la chambre d'enfant reprend le titre français de l'ouvrage majeur de Selma Fraiberg sur l'intervention précoce dans des situations où domine ce qu'elle appelait « le conflit développemental entre la mère et l'enfant ». Il survient chez des jeunes femmes qui ont connu des situations lourdes de carence, de discontinuité ou de séparations précoces, de violences intrafamiliales étant enfant, et qui ont développé des stratégies développementales et attachementales défensives pour y faire face (Fraiberg, 1980). L'arrivée du bébé, souvent imprévue, dans un couple souvent fragilisé par la précarité, met à mal ces défenses, ce qui peut amener à des situations d'interaction mère-enfant très troublées et à des inquiétudes fortes pour le développement psychologique, mais aussi physique du bébé et pour sa

protection. Le résultat clinique majeur de CAPEDP est d'avoir pu atteindre ces situations et les garder dans l'étude. En effet, une proportion importante des jeunes femmes incluses ont révélé une psychopathologie, avec toute une gamme de diagnostics d'axe I. Parmi ces jeunes femmes, un grand nombre avaient connu des épisodes graves d'abus et de carence, dont elles n'avaient souvent jamais parlé à quiconque. Nouer une relation stable de confiance avec une jeune psychologue a été pour beaucoup une première expérience d'une relation d'attachement sécuritaire et d'un travail psychothérapeutique. Le travail de guidance développementale a pu s'effectuer sur cette base, préparé par la relation pendant la fin de la grossesse, et soutenu par l'usage de brefs clips vidéo du bébé en situation de jeu ou d'alimentation.

Le but premier de la VAD est donc d'instaurer une relation de confiance, de façon à favoriser la mentalisation, la réélaboration des expériences précoces et suivantes d'attachement, et ainsi de libérer l'interaction avec le bébé de ces contraintes liées au passé maternel. Pour cela, l'intervenante donne certaines garanties quant à son implication par sa disponibilité (horaires larges, ligne téléphonique ouverte), sa tolérance (adaptation du cadre des VAD, par exemple). Les programmes d'intervention similaires (Korfmacher, O'Brien *et al.* 1999 ; Korfmacher et Le Houezec-Jacquemain 2002) soulignent que les représentations mentales que ces mères ont de leur propre relation d'attachement dans l'enfance sont corrélées avec leur engagement émotionnel dans l'intervention.

Références

- Armstrong K, Fraser J, Dadds M. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of paediatrics and child health* 1999;35(3):237-44.
- David M. Le bébé, ses parents et leurs soignants. Ramonville-Saint-Agne: Érès; 2001.
- Dozier M, Lomax L, Tyrrell C, et al. The challenge of treatment for clients with dismissing states of mind. *Attachment and human development* 2001;3:62-76.
- Dumaret AC. Soins médico-sociaux précoces et accompagnement psycho-éducatif. *Revue de la littérature étrangère. Archives de pédiatrie* 2003;10:448-61.
- Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.
- Guedeney A, Tubach F, Greacen T, et al. CAPEDP research report. Clinical research and development department of the APHP. Paris & the French national institute of prevention and health education (INPES); 2011.
- Guedeney A, Wendland J, Dugravier R, Saias T, Tubach F, Welniarz B, et al. Impact of a randomized home-visiting trial on infant social withdrawal in the CAPDEP study. *Infant mental health journal* 2013;34(6):594-601.
- Lagarde F, Sacre P, Ouhnia F, et al. Prévention précoce au domicile : une revue de la littérature et une description d'un service d'intervention sociale et familiale. *Devenir* 2011;1(23):33-68.
- Lamboy B. Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept. *Devenir* 2009;1(21):31-60.

- Lamour M, Barraco M. Souffrances autour du berceau : des émotions aux soins. Paris: Gaëtan Morin; 1999.
- Lamour M, Barraco M. Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. Ramonville-Saint-Agne : Èrès 2003;1(25):117-32.
- Lamour M. Parents défaillants, professionnels en souffrance. Bruxelles: yapaka. be; 2010.
- Mcnaughton DB. A synthesis of qualitative home visiting research. Public health nursing 2000;17(6):405-14.
- Olds D. The nurse-family partnership: an evidence-based preventive intervention. Infant mental health journal 2006;27:5-25.
- Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW, et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics 2004;114:1550-9.
- Olds D, Korfmacher J. Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact. Journal of community psychology 1998;26:23-36.
- Rochette J, Mellier D. Transformations des souffrances de la dyade mère-bébé dans la première année du postpartum : stratégies préventives pour un travail en réseau. Devenir 2007;19(2):81-108.
- Saias T, Lerner E, Greacen T, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs: a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. Plos One 2012;7(5).
- Seligman SP. Le programme enfant-parent : Le développement d'un programme pilote de santé mentale infantile. Devenir 1994;6(1):7-29.
- Stoléru S, Morales-Huet M. Psychothérapie mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples. Devenir 1990;20(3):8-28. (Première recherche française sur les difficultés multiples.).
- Tubach F, Greacen T, Saias T, et al. A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. BMC Public health 2012;12:648.
- Van den Boom D. Do first year intervention effects endure? Follow-up during toddler hood of a sample of Dutch irritable infants. Child development 1995;66:1798-810.

La protection de l'enfance : signalement, placement des jeunes enfants, unités mère-bébés

par Julie Le Foll

Les modalités d'alerte

Les parents ont comme première tâche et premier devoir la protection de leur enfant. Mais lorsque les parents rencontrent des difficultés dans l'exercice de leur responsabilité, la législation prévoit des mesures de protection et de soutien qu'il est important de connaître.

La loi du 5 mars 2007 a réformé la protection de l'enfance et contribué à améliorer le dispositif départemental d'alerte et de repérage des mineurs en danger, ou risquant de l'être. Cette loi vise, entre autres, à renforcer significativement la prévention (notion apparaissant pour la toute première fois en France) et à organiser le signalement, pour détecter plus tôt et signaler plus efficacement les situations de danger, ainsi que diversifier les modes de prise en charge pour les adapter aux besoins de chaque enfant (Welniartz, 2007). Cette loi insiste sur le rôle de pivot du service de Protection Maternelle et infantile (PMI), acteur majeur de la prévention quand il s'associe à une bonne articulation avec les autres professionnels de la petite enfance.

À ce titre a été créée dans chaque département une cellule chargée du recueil, du traitement et de l'évaluation des informations relatives aux mineurs en danger ou en risque de danger (la CRIP, Cellule de recueil des informations préoccupantes). L'information transmise au Conseil Général est qualifiée d'« *Information préoccupante* » (IP). L'IP est l'acte écrit par un professionnel présentant, après évaluation, la situation d'un mineur en danger. Cet écrit s'appuie sur le Code de l'action sociale et des familles qui prévoit que « *l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits guident toutes décisions le concernant* » (article L.112-4).

Dans l'IP, le professionnel étaye sa préoccupation à partir des éléments d'informations relatifs à l'environnement de l'enfant, aux ressources et aux capacités des parents. Le dialogue avec ces derniers, autour des besoins et de l'intérêt de leur enfant, ainsi que sur les ressources qu'ils peuvent mobiliser, permet au professionnel préoccupé de compléter et d'enrichir le travail d'analyse partagée de la situation, dans le but de proposer un accompagnement et un soutien adaptés aux besoins spécifiques de l'enfant et de sa famille. Dans le cadre de ce dialogue, et sauf intérêt contraire de l'enfant, le professionnel informe la famille de la transmission d'une information préoccupante à la cellule (Welniartz, 2007).

La CRIP informée décide ou non, selon les éléments, de transmettre au Juge des Enfants. S'il n'y a pas de transmission, la CRIP pourra demander une évaluation de la situation de l'enfant par le secteur (service social, PMI), ce qui peut être refusé par la famille. Si la CRIP transmet au juge des enfants, ce dernier peut décider d'une Mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE), sans que la famille puisse s'y opposer. En fonction de l'évaluation, une mesure d'Aide éducative en milieu ouvert (AEMO) est le plus souvent mise en place.

Mais dans les situations les plus lourdes, lorsque les risques immédiats pour l'enfant sont trop importants ou lorsque les aides proposées n'ont pas permis de soutenir suffisamment la famille, une décision de placement peut être décidée.

Le placement dans la petite enfance

L'exercice de la protection de l'enfance nécessite une délicate articulation entre les droits de l'enfant et le droit des familles ; entre la nécessaire confidentialité d'une relation médecin-malade, et le moment où l'on choisit de rompre cette confidentialité car l'intérêt de l'enfant nécessite un signalement (Welniartz, 2007). La difficulté réside également dans notre volonté de proposer du soin et d'accompagner les familles vulnérables, tout en ayant la crainte de laisser un enfant dans un climat et un fonctionnement familial qui pourraient être gravement préjudiciables pour son avenir.

Cette question de temporalité est évidemment cruciale : il est parfois impossible d'attendre que les parents accèdent à un travail psychique efficace (s'ils y parviennent un jour) tant les dysfonctionnements sont graves. On sait, en effet, que les enfants, en particulier les bébés, ne peuvent pas attendre la résolution des conflits ou des psychopathologies parentales (Fraiberg, 1999).

En pédopsychiatrie, les professionnels sont fréquemment confrontés aux effets dévastateurs des négligences et/ou carences graves intrafamiliales sur les enfants, tout particulièrement sur les enfants en bas âge. Moins visibles que les sévices corporels et les abus sexuels, elles constituent pourtant un problème de santé publique en raison de leur fréquence et de leurs conséquences sur les liens d'attachement ainsi que sur le développement physique, affectif, psychique et cognitif du bébé, avec des conséquences à court, moyen et long termes (Mascaro, 2012).

Le travail de prévention et de soins vise à accompagner les familles vulnérables, souvent confrontées à des difficultés psycho-sociales multiples, à les soutenir dans leur parentalité, mais également à intervenir précocement en cas de troubles avérés. Ce travail de repérage et d'accompagnement précoces est transdisciplinaire et implique des professionnels d'institutions différentes : maternité, PMI, psychiatrie/pédopsychiatrie. Dans certaines situations, les unités mère-bébé peuvent permettre de soutenir un temps la famille et amorcer un travail autour du lien mère-enfant. On sait en effet que les délais de rémission de la psychopathologie maternelle sont raccourcis, par la présence – quand cela est possible – de son bébé à ses côtés.

Malheureusement, bien qu'essentiel et potentiellement efficace, ce travail en amont reste difficile, confrontant les professionnels à un sentiment fréquent d'impuissance. Et lorsque les carences et négligences sont trop importantes, la séparation doit être envisagée, alors même que l'enfant ne présente pas encore de troubles psychiques et affectifs structurés, souvent plus difficiles à mobiliser par la suite.

Pourtant, même lorsqu'il semble nécessaire, le placement d'un enfant, particulièrement lorsqu'il est très jeune (0-24 mois), pose encore de nombreuses questions éthiques, sanitaires, sociales et psychopathologiques. Une objection récurrente est que la pouponnière pourrait être elle-même

source de carences, de sorte qu'il serait toujours préférable de recourir aux familles d'accueil ou même de laisser le bébé dans son milieu naturel le plus longtemps possible (Mascaro, 2012).

À l'inverse, le placement précoce en pouponnière peut s'avérer thérapeutique pour un bébé négligé ou maltraité, exposé à des scènes violentes, du moins si les conditions d'accueil et de soins sont suffisamment adaptées aux besoins des jeunes enfants (maternage suffisamment contenant et sécurisant, stabilité des personnels, incités à développer une relation individuelle), tout au moins durant les toutes premières semaines de placement. C'est ce qu'a mis en évidence une Recherche Action faite en pouponnière dans le nord de la France, retrouvant que le placement permettait aux bébés d'améliorer leurs capacités interactives et de reprendre un développement de meilleure qualité 4 mois après leur arrivée (Mascaro, 2012).

Néanmoins, plus l'enfant est jeune, plus il est indispensable qu'il soit accueilli rapidement en famille d'accueil. Les effets des séjours prolongés en institution sont connus, exposant l'enfant à un risque accru de troubles du développement (physique, cognitif, linguistique, social, affectif et cérébral), et cet accueil en institution a encore trop tendance à se prolonger en France. Encore récemment, le temps moyen de séjour des jeunes enfants en pouponnières de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) était de 410 jours pour les enfants de moins de 3 ans (ASE, 2003, in [Guedeney et Guedeney, 2008](#)). L'accueil rapide dans une famille peut ainsi permettre à l'enfant de créer de nouveaux liens d'attachement, sans prendre la place des parents ni les effacer ; ces liens peuvent permettre d'ouvrir le système et de redonner une chance forte de développer des facteurs de protection (Guedeney, 2007). Encore faut-il que l'on favorise l'établissement de ces liens d'attachement entre famille d'accueil et enfant placé, que l'on ne change pas l'enfant de famille d'accueil, et que la famille accueillante soit formée, supervisée et aidée pour comprendre les réactions de l'enfant à la séparation (voir *Le placement familial*, Myriam David, 1990 ; Manuel de l'adoption et des familles d'accueil, Shoffield et Beek, 2010).

Les unités mères-bébés

C'est en Grande-Bretagne, dans le contexte de l'après-guerre, que se sont développées les premières unités d'hospitalisation mère-bébé. En France, PC Racamier a le premier obtenu de maintenir un nouveau-né proche de sa mère hospitalisée pour psychose du post-partum ([Guedeney et Allilaire, 2001](#)). Il aura fallu attendre le début des années 80 pour que s'organise à Créteil la première Unité Mère Bébé. Il existe aujourd'hui en France des modalités d'accueil différentes : UMB à temps plein, UMB de jour, UMB accueillant les pères...

À qui s'adressent ces unités ?

Les indications d'hospitalisation en UMB ne sont pas tant fondées sur le diagnostic psychiatrique maternel que sur la situation de la famille et du bébé, avec l'intérêt et la possibilité de travailler sur le lien mère-bébé (Nezelof et coll., 1998).

Il y a, d'une part, les mères connues et repérées en *antepartum*, dont la pathologie psychiatrique (psychose chronique, dépression, trouble grave de la personnalité, état déficitaire...) fait craindre, sans certitude, des distorsions dans l'établissement du lien mère-bébé. D'autre part, il est des situations imprévues de décompensation psychique maternelle massive, repérées avant l'accouchement (idéations suicidaires, troubles anxieux et/ou dépressifs, abus de toxiques...) ou survenant après l'accouchement (psychose puerpérale, dépression postnatale majeure, troubles anxieux envahissants...).

Quels sont les objectifs de l'hospitalisation ?

Les situations en UMB sont très variées et les enjeux d'une hospitalisation sont réellement propres à chaque situation, et à chaque famille, mêlant souvent protection, évaluation, soins du bébé et des parents, soin de la relation. Définir clairement les objectifs avec les parents est cependant fondamental pour que l'efficacité soit optimale.

Indiquées le plus souvent lorsque la psychopathologie maternelle risque de faire obstacle à l'instauration des premiers liens, les hospitalisations en UMB visent à permettre aux partenaires de développer des liens harmonieux, à soutenir la parentalité et accompagner la famille vers une autonomie respectueuse des besoins de l'enfant, permettant à ce dernier un développement cognitif, social et affectif satisfaisant. Le travail s'effectue auprès de la mère (entretiens psychothérapeutiques individuels et/ou de groupe, ateliers de massage pour la mère, et travail autour du corps...), auprès du bébé (séances individuelles ou de groupe, psychomotricité) et auprès de la dyade (travail sur lien).

Certaines demandes d'hospitalisation mère-bébé émanent parfois du Juge des Enfants (bébé placé en OPP – ordre de placement provisoire – ou mère hospitalisée sous contrainte) et exigent des équipes d'UMB de devenir des experts dans l'évaluation des capacités maternantes et des relations mère-bébé. Cette situation est souvent difficile et éprouvante pour les équipes, plaçant ces dernières en position double de soignant et d'évaluateur.

L'UMB peut enfin intervenir pour soutenir un projet de placement, prévisible dès la maternité, afin que ce dernier ne soit pas vécu comme un arrachement (Nezelof, 2007).

L'objectif de l'hospitalisation mère-bébé n'est pas de maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de permettre un travail sur le lien

qui les unit, quel qu'en soit le devenir. Il est par ailleurs indispensable que l'admission en unité mère-bébé s'inscrive dans un projet global de soins, s'articulant avec le travail en réseau (maternité, pédiatrie, PMI, travailleurs sociaux) tissé autour de la dyade, en amont et en aval de la naissance.

Références

- Fraiberg S. Fantômes dans la chambre d'enfants. Paris: PUF; 1999.
- Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris: Masson; 2001.
- Guedeney N. Le domaine de la protection de l'enfance. Perspectives psychiatriques. 146(1) :11-17.
- Guedeney A, Guedeney N. The infant protection system in France: How does it work? *Infant mental health journal* 2008;29(1):5-20.
- Mascaro R, et al. Évaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. *Devenir* 2012;24(2):69-115.
- Nezelof S, Mathioly L. L'hospitalisation conjointe mère-bébé. *Enfances & Psy* 2007;37(4):81-9.
- Schofield G., Beek M. Attachment Handbook for Foster Care and Adoption. London: BAAF ; 2006.(Trad. française : Guedeney A, Guedeney N. Guide de l'attachement en familles d'accueil et adoptives. La théorie en pratique. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2011.).
- Welniarz B. Pédopsychiatrie et services de protection de l'enfance : quels liens ? *Perspectives Psy* 2007;46(1):9.