



Étude des facteurs de risque maternels de séparation mère-enfant à l'issu d'une hospitalisation conjointe en Unité Mère-Enfant en psychiatrie Adulte

Alice Benacchio

► To cite this version:

Alice Benacchio. Étude des facteurs de risque maternels de séparation mère-enfant à l'issu d'une hospitalisation conjointe en Unité Mère-Enfant en psychiatrie Adulte. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01215448

HAL Id: dumas-01215448

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01215448>

Submitted on 14 Oct 2015

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

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

Université de Bordeaux
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse N°3046

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Alice BENACCHIO**

Née le 21 mars 1986 à Bourg-en-Bresse

Le 07 juillet 2015

Etude des facteurs de risque maternels de séparation
mère-enfant à l'issu d'une hospitalisation conjointe en
Unité Mère-Enfant en Psychiatrie Adulte

Directrice de thèse :

Dr Anne-Laure SUTTER-DALLAY

Membres du Jury

Mme le Professeur Hélène VERDOUX	Président
Mme le Professeur Sylvie NEZELOF	Rapporteur
Mr le Professeur Manuel BOUVARD	Juge
Mr le Professeur Thierry LAMIREAU	Juge
Mr le Docteur François GOSSE	Juge
Mme le Professeur Adeline GOUTTENOIRE	Invitée

Remerciements

A la Présidente du Jury

Madame le **Professeur Hélène VERDOUX**

Professeur de Psychiatrie,

Docteur en Epidémiologie,

Médecin des Hôpitaux,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie, Centre Hospitalier Charles Perrens,
Bordeaux

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

J'ai eu la chance et l'honneur de profiter de votre expérience et de votre enseignement lors de mes différents stages au sein du Pôle. Je vous suis extrêmement reconnaissante de m'avoir fait bénéficier tout au long de mon internat de votre grande compétence et de votre rigueur intellectuelle. Votre disponibilité, votre écoute et votre soutien m'ont permis d'évoluer sereinement en tant qu'interne et ces années à vos côtés seront à la base de ma pratique future. Je vous remercie également de l'aide et de la patience dont vous avez fait preuve à mon égard lors de la rédaction de ce travail.

Soyez assurée de ma profonde gratitude et de mon plus grand respect.

Au Rapporteur

Madame le **Professeur Sylvie NEZELOF**

Professeur de Pédopsychiatrie,

Médecin des hôpitaux,

Chef du Pôle Universitaire de pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Régional
Universitaire, Besançon.

Vous nous faites l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse. Vos travaux en
psychiatrie périnatale sont pour moi une source d'inspiration, ainsi je vous remercie
de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Aux membres du Jury

Monsieur le **Professeur Manuel BOUVARD**

Professeur de Pédopsychiatrie,

Médecin des hôpitaux,

Chef du Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie, Centre Hospitalier Charles Perrens,
Bordeaux

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse. Vous m'avez permis d'approfondir mes connaissances en pédopsychiatrie et j'ai pu profiter de la richesse de votre enseignement. Veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de tout mon respect.

Monsieur le **Professeur Thierry LAMIREAU**

Professeur de Pédiatrie,

Médecin des hôpitaux,

Chef de l'Unité de gastroentérologie pédiatrique, Centre Hospitalier Pellegrin,
Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger cette thèse. Bien que n'ayant pas eu la chance de travailler à vos côtés, je pense que votre expérience apportera un éclairage intéressant sur mon travail. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur **le Docteur François GOSSE**

Docteur en Médecine, Pédiopsychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle de Psychiatrie, Centre Hospitalier Garderose, Libourne

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Je vous remercie également de m'avoir fait confiance en tant qu'interne, cela m'a conduit vers une autonomisation progressive et m'a permis de me faire ma propre opinion sur une situation. J'ai pu profiter de votre enseignement riche et varié dans une ambiance toujours détendue et bienveillante. Veuillez trouver ici la marque de ma gratitude et de mon profond respect.

Madame **le Professeur Adeline GOUTTENOIRE**

Professeur de Droit,

Professeur à l'Université Montesquieu- Bordeaux IV, Bordeaux

Présidente de l'Observatoire Départemental de la protection de l'enfance, Gironde,

Je vous remercie de m'avoir guidé dans la rédaction de ce travail. Votre expérience m'a permis de mieux comprendre le système de prévention et de protection de l'enfance. Vos remarques ont rendu mon travail plus clair et synthétique. Veuillez recevoir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Au directeur de thèse

Madame le **Docteur Anne-Laure SUTTER- DALLAY**

Docteur en Médecine, Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Pôle Universitaire de Psychiatrie, Réseau Mère-Enfant, Centre Hospitalier Charles Perrens, Bordeaux

Je vous remercie de m'avoir fait confiance et d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je vous ai d'abord rencontré lors de mon semestre dans votre service, votre expérience et votre bienveillance m'ont permis de me sentir à l'aise au sein de l'unité. J'ai eu ensuite l'honneur de pouvoir travailler sur ce projet à vos côtés et je vous en suis d'ailleurs extrêmement reconnaissante. Votre patience, votre soutien et vos conseils m'ont permis de réaliser ce travail sereinement. Veuillez recevoir ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Celles et ceux qui m'ont aidé dans la rédaction de ce travail. Notamment Madame Cayzac et Madame Bahier, directrice et directrice adjointe « Enfance et Familles » au Conseil Départemental de la Gironde. Merci de m'avoir guidé et de m'avoir fait profiter de vos expériences.

A Etienne, tu es mon point de repère, une force et un réconfort. Merci d'être à mes côtés. Chaque jour passé avec toi me rend plus heureuse.

A mes parents, pour leur soutien sans faille, merci pour les valeurs que vous m'avez transmises, mon seul regret aujourd'hui est d'être loin de vous deux. A ma mère, merci d'être là depuis le début, d'avoir toujours cru en moi. A mon père, merci pour ta rigueur et ta bienveillance.

A mes frères et sœur pour m'avoir apporté tant de joie et pour m'avoir supporté. A Simon, pour sa bonne humeur, sa musique et son style décalé. A Coline, pour son franc parlé et sa détermination. A Adrien, mon Didou, pour notre complicité d'autrefois, j'espère pouvoir partager encore beaucoup de choses avec chacun de vous. A Elisabeth L, merci de faire partie de ma vie.

A ma famille au grand complet, du Nord, du Bugey et d'Ardèche. A Jean sans qui je ne serais pas médecin, A mon grand père sans qui je ne serais pas psychiatre. A Marion, ma confidente. Malgré les années qui passent et ceux qui disparaissent j'espère que nous resterons unis.

Merci à Laurie, sans qui tout cela n'aurait pas été possible, merci d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments.

A mes amis du Bugey, Ion Ion, Denis, Anais, Jérôme et Nico (mais aussi Gringo Alexis Steph et Adriana). Malgré le temps qui passe et nos chemins si différents c'est toujours tellement simple entre nous.

Aux Lyonnais, Alice Morgane et Anne So, pour cette D4 pas si terrible. A Sandrine, quel bonheur de t'avoir retrouvée à Bordeaux. A ceux que j'ai connu après, JB, Sarah, Ronono et Laurene, Ouziz et Claire, Boubal et Héléne, Davidou et Anita, Barlat et Sophie, le Grob.

Aux Bordelais, Nico et Julie, merci pour cet été où vous m'avez adoptée. Merci à mes copines : Julie, MA rencontre inattendue, Laurence un modèle, mais aussi Julie P et Eléonore pour nos soirées et Marie G pour notre parcours. Merci aux Périgourdins et aux inclassables pour la Corse, la Palmyre, le Périgord, Mont de Marsan et pour tous les moments qu'on partagera encore : re Barlat et Sophie, Romain et Céline, Daph, Bertouille et Bibou, Paulo et Cynthia, Barquette et Sylvie, Lionel et Geneviève, Ayo, Mémélanie, Laure et Bastien, Po et Marie, Seb et Véro, Julian, JC et Olivier.

A mes co internes, je suis ravie d'avoir partagé ces quatre années avec vous : Ali, Olivia, Nadège, JB, Manu, Maité, Dimitri, Elsa, Marine et Didier...

Aux équipes avec qui j'ai travaillé et qui ont contribué à ma formation. Merci à l'équipe de Libourne, en psychiatrie Adulte : Dr Regis, Dr Al Jobory, Dr Guillot et Dr Remingol, Béatrice et du 38B2. Vous avez accompagné mes premiers pas.

Merci à l'équipe de Charcot à Cadillac, aux Dr Meriglier, Dr Poly, Dr Nebout, Dr Gorse et Dr Theillay. Un semestre qui aura marqué le reste de mon parcours.

Merci à l'équipe du RME, aux Dr Sutter, Dr Pomey et Dr Denard. Mon travail est né de cette rencontre avec la périnatalité.

Merci à l'équipe du Pr Bouvard, en pédopsychiatrie, à l'équipe du CSMI de Pauillac et à celle du CCS. Merci pour votre bienveillance.

Merci à l'équipe de Carrière 6, aux Dr Droulout et Dr Chevrier, vous m'avez tant appris.

Merci à l'équipe de pédopsychiatrie de Libourne : Dr Gosse, Dr Biolsi, Dr Robino et à l'équipe d'ELISA. Merci pour cette ambiance chaleureuse.

Merci à l'équipe du CMP et à celle de l'HAD (et à Tifanie). Merci au Dr Emerit, probablement le semestre le plus marquant de mon parcours d'interne.

Merci à l'équipe de Lescure 1 : aux Dr Desage, Dr Jutan et Dr Bourdil, un enseignement de qualité dans une ambiance détendue, rien de mieux pour conclure.

Sommaire

Sommaire	9
Liste des abréviations	13
Introduction.....	15
Partie I	16
Revue de la littérature.....	16
1. De la conception à la parentalité chez des femmes atteintes de troubles mentaux	17
1.1.1. Relations affectives.....	17
1.1.2. Fertilité et fécondité	19
a. Définitions	19
b. Femmes atteintes de troubles psychotiques	19
c. Femmes atteintes de troubles de l'humeur	21
1.1.3. Grossesse et suivi anténatal et post-natal	22
1.2. La parentalité : définition et cadre législatif	23
1.3. Troubles mentaux et parentalité	25
2. Organisation du système français de prévention/protection de l'enfance	29
2.1. L'enfant « en danger »	29
2.2. Le dualisme de la protection de l'enfance	30
2.2.1. La subsidiarité de la protection judiciaire de l'enfant.....	30
2.2.2. La compétence judiciaire : l'assistance éducative	31
2.3. Organisation des procédures	32
2.3.1. La prévention	32

2.3.2.	La notion d' « information préoccupante »	32
2.3.3.	Le recours à l'autorité judiciaire	34
2.4.	Le choix de la mesure adéquate	35
2.4.1.	Moyens d'action du Conseil Départemental	35
2.4.2.	Moyens d'action du système judiciaire	36
a.	Le principe de maintien de l'enfant dans sa famille.....	36
b.	Séparation de l'enfant et de la famille : le placement.....	37
3.	Troubles psychiatriques maternels et développement de l'enfant	39
3.1.	Nouveau-nés de mères souffrant de pathologie mentale	39
3.2.	Troubles psychiatriques maternels : Retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent.....	41
3.2.1.	Généralités	41
3.2.2.	Troubles de l'humeur	44
a.	Troubles bipolaires.....	44
□	Génétique	44
□	Attachement	45
□	Troubles émotionnels et troubles du comportement.....	46
□	Troubles cognitifs.....	48
□	Maltraitance	50
b.	Dépression anté et postnatale	51
□	Attachement	51
□	Troubles émotionnels et troubles du comportement.....	52
□	Troubles cognitifs.....	53
3.2.3.	Troubles psychotiques.....	54
□	Génétique	54

□	Attachement	54
□	Troubles émotionnels et troubles du comportement.....	56
□	Troubles cognitifs.....	57
□	Maltraitance	58
3.2.4.	Troubles de la personnalité	58
□	Génétique	58
□	Attachement	59
□	Troubles émotionnels, troubles du comportement et troubles cognitifs 60	
□	Maltraitance	61
3.2.5.	Troubles anxieux	62
4.	Le rôle des Unités Mère-Enfant : évaluation du lien mère enfant	63
4.1.	Les unités mère-enfant.....	63
4.1.1.	Rappels historiques	63
4.1.2.	Indications d'une hospitalisation en UME	64
4.1.3.	Modalité d'accueil et méthodes de travail dans les UME	65
4.2.	Evaluation des « compétences maternelles »	67
4.2.1.	La “Marcé database” et la “ Marcé checklist”	68
4.2.2.	Evaluation des « compétences maternelles »	68
4.3.	Troubles mentaux et « compétences maternelles » : études anglo- saxonnes.....	69
4.3.1.	Les travaux de Salmon et al. (2003)	69
4.3.2.	Les travaux d'Howard et al. (2004)	71
a.	Impact du diagnostic	72
b.	Autres facteurs.....	73
4.3.3.	Les travaux d'Abel et al. (2005)	73

5. Troubles mentaux maternels et séparation mère enfant : facteurs de risque maternels	76
5.1. Facteurs de risque de prise en charge de la dyade par les services sociaux 76	
5.2. Facteurs de risque de séparation mère enfant : études anglo-saxonnes .	78
5.3. Facteurs de risque de séparation mère-enfant : étude franco-belge unicentrique	79
5.4. Facteurs de risque de séparation mère-enfant : études franco-belges multi centriques, les travaux de Glangeaud-Freudenthal et al.	80
Partie II	84
Etude Personnelle	84
1. Matériel et méthode	85
1.1. Recueil de données et critères d'inclusion	85
1.2. Définition des variables	86
1.2.1. Variables indépendantes	86
a. Caractéristiques sociodémographiques maternelles et infantiles.....	86
b. Antécédents psychiatriques et environnement social	86
c. Caractéristiques de la grossesse et néonatales de l'enfant	88
d. Antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant	88
1.2.2. Variable dépendante : type d'accueil de l'enfant à la sortie	88
1.3. Analyses statistiques.....	89
2. Résultats.....	90
2.1. Description de la population et analyses univariées.....	90
2.2. Analyses multivariées.....	95
3. Discussion	101
4. Conclusion.....	107
Bibliographies	109

Liste des abréviations

AED Aide Educative à Domicile

AESF Aide Educative Santé et Famille

ASE Aide Sociale à l'Enfance

BED Bureau de l'Enfance en Danger

BMIIS Bethlem Mother–Infant Interaction Scale

CASF Code de l'Action Sociale et des Familles

CBCL Child Behavior Check List

CC Code Civil

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CIDE Convention Internationale des Droits de l'Enfant

CIM-10 Classification Internationale des Maladies-10^{ième} version

CMHSR Child Maltreatment History Self-Report

CNAPE Convention NAtionale de Protection de l'Enfant

CRIP Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes

DSM-IV Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux-version IV

EAL Early Adolescent temperament Scale

EEPP European Early Promotion Project

EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale

GHQ General Health Questionnaire-12

IC 95% Intervalle de Confiance à 95 %

ICBS Infant/Caregiver Behavioural Scale

IDCL International Diagnostic Checklists

IPPA Inventory of Parent and Peer Attachment

K-SADS-PL Kiddie Schedule for Affective and Schizophrenic Disorders

MASSDF Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes

MECS Maison d'Enfant à Caractère Social

MDSI Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion

MJIE Mesure Judiciaire d'Investigation Educative

ODPE l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ONDE Observatoire National de l'Enfance en Danger

OPP Ordonnance de Placement Provisoire

OR odds ratio

PANSS Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia

PIS Parent Interview Schedule

PMI Protection Maternelle et Infantile

SA Semaine d'Aménorrhée

SADS-L Schedule for Affective Disorders-Life Version

SCID Structured Clinical Interview for DSM-III-R

TDAH Troubles Déficit Attentionnel avec ou sans Hyperactivité

TGP Troubles Graves de la Personnalité

TISF Techniciens d'Intervention en Santé et Famille

TOP Troubles Oppositionnel avec Provocation

TRF Teacher's Report Form

YSR Youth Self-Report

Introduction

Les premières expériences du nouveau né sont d'une importance capitale pour le développement de ses compétences sociales, émotionnelles et comportementales tout au long de sa vie. Pour se construire il a besoin du lien créé avec la personne qui prend soin de lui, le plus souvent sa mère. Les femmes atteintes de pathologies mentales ont, de plus en plus fréquemment accès à la maternité. Pourtant ces pathologies peuvent représenter une entrave à la construction de liens sociaux stables et donc à la construction d'un lien mère-enfant de qualité. La psychiatrie périnatale est une discipline récente dans l'histoire de la psychiatrie. L'apparition des unités mère-enfant (UME) a bouleversé la façon de traiter les femmes atteintes de troubles mentaux nouvellement mères. Ces unités permettent de traiter la mère tout en assurant un environnement sécurisé à l'enfant. Elles permettent également de prendre en compte des facteurs d'environnement comme la place du père de l'enfant, le soutien social, la place des intervenants médicaux-sociaux accompagnant la dyade et bien sûr d'évaluer la qualité du lien mère-enfant et ses potentialités d'évolution. Une grande partie de la littérature fait état de l'impact négatif des pathologies mentales maternelles sur le développement de l'enfant (1). Le travail en UME permet d'évaluer les conséquences d'un lien mère-enfant dysfonctionnel, et le cas échéant, de proposer un accompagnement approprié à la dyade à court, moyen et/ou long termes. Certaines situations, du fait des troubles maternels trop importants, nécessitent une séparation complète de la mère et de l'enfant. A ce propos, Nezelof et al. (2) écrivent que « *Les situations de grand désordre psychique maternel sollicitent chez les soignants des émotions et des fantasmes intenses. Les clivages sont fréquents entre ceux qui redoutent l'effondrement de la mère en cas de séparation, et ceux qui s'alarment pour la santé physique et psychique de l'enfant s'il reste en contact avec elle* ». La décision de séparation mère-enfant est très souvent complexe et difficile à formaliser, car elle représente la synthèse d'une multitude de facteurs, portés par de nombreux intervenants. Notre travail, portera sur cette question de la séparation mère-enfant chez des femmes atteintes de troubles psychiatriques et hospitalisées en UME. Après une revue de la littérature, nous présenterons une étude personnelle sur les facteurs de risque maternels liés à la séparation mère-enfant à la fin d'une hospitalisation en UME de psychiatrie adulte.

Partie I

Revue de la littérature

1. De la conception à la parentalité chez des femmes atteintes de troubles mentaux

Les pathologies mentales sont susceptibles d'entraver de façon majeure la vie de nos patientes et elles sont, entre autre, à l'origine de difficultés d'interactions et d'insertions. Pour les personnes souffrant de troubles psychiques, il est plus difficile de construire des relations interpersonnelles de qualité ; or la période de fécondité confronte les patientes aux questions de la sexualité, de la vie affective et du désir de maternité. David et al. (3) soulignent qu'au début du XXI^{ème} siècle, aux Etats-Unis, il était inenvisageable que les femmes atteintes de troubles psychiatriques puissent être mères : *« durant le 20^{ième} siècle, il existait une multitude de facteurs faisant qu'il était difficile, voire impossible, de trouver une réponse aux problèmes de parentalité chez les femmes atteintes de troubles mentaux graves »*. Certains auteurs mettent en lien ce constat, avec l'impact des années d'institutionnalisation du système de soin en psychiatrie (4,5), l'accès à une vie affective ainsi qu' à la sexualité pour les patients institutionnalisés étant considéré comme impossible du fait de leurs situations de « malades chroniques ». De plus, les théories eugénistes associées à des programmes de « stérilisation contrainte » des populations atteintes de troubles psychiatriques, ont réduit considérablement les taux de natalité dans ces populations avant les années 1950 (3). Ce n'est que dans les années 1970, après l'arrêt de ces pratiques et après la désinstitutionnalisation progressive des hôpitaux psychiatriques, que les questions autour de la parentalité des personnes atteintes de pathologies mentales ont commencé à être discutées.

1.1. Troubles mentaux, relations affectives, fertilité et fécondité

1.1.1. Relations affectives

Dans l'introduction de leur étude à propos de la sexualité des personnes atteintes de pathologies mentales, Perry & Wright (6) constatent que : « beaucoup de médecins pensent que leurs patients atteints de troubles mentaux sont « asexués », leur sexualité serait « inappropriée », et par conséquent, ils seraient incapables d'avoir une vie intime « normale » ». Pourtant, les données de Ritsher et al. (7) soulignent que la plupart des femmes déclarent que leur vie n'est que modérément impactée

par leur maladie et qu'elles conservent des relations sociales leur permettant de rencontrer des partenaires. Cependant, la plupart des résultats montrent que les femmes souffrant de troubles psychiatriques sont tout de même engagées dans des relations précaires. Perry et al. (6) montrent qu'une grande majorité de personnes souffrant de troubles psychiatriques (tous diagnostics confondus) n'ont pas de partenaire fixe (67% vs 24% des témoins non malades), et nombre de personnes malades déclaraient avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours des trois derniers mois (6% vs 3,6% des témoins non malades). De même, sur un échantillon de femmes souffrant de schizophrénie, Miller et Finnerty (8) relèvent que celles-ci sont plus susceptibles d'avoir des partenaires multiples. Les données de Perry et al. (6) révèlent que, parmi les individus souffrant de troubles psychiatriques ayant des relations de longue durée, une majorité des relations n'aboutiront pas à une vie commune ou à un mariage. Les résultats de Nicholson et al. (9) suggèrent que les femmes atteintes de maladies mentales, sont plus susceptibles d'avoir des troubles relationnels avec une plus grande fréquence de relations sentimentales instables et conflictuelles. Plus spécifiquement, chez des femmes atteintes de troubles bipolaires, les données de Moreno et al. (10) indiquent que celles-ci sont moins souvent mariées ou engagées dans des relations stables par rapport aux témoins (40% vs 14%).

Ainsi, les femmes atteintes de pathologies mentales sont souvent engagées dans des relations affectives instables. Elles sont également plus vulnérables du fait de leurs pathologies, les situations à risques sont plus nombreuses et ces patientes sont plus souvent exposées à la violence et à la maltraitance. Les résultats de l'étude de Ritsher et al. (7) montrent que dans une population de 107 femmes atteintes de troubles mentaux graves, 76% déclarent avoir subi des abus sexuels. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude de Miller et Finnerty (8) qui montrent que les femmes atteintes de schizophrénie sont plus susceptibles d'avoir été violées ou de s'être prostituées au cours de leurs vies que des femmes non malades. De même, les résultats de Sansone et al. (11) montrent que des femmes souffrant de troubles de la personnalité borderline déclarent plus fréquemment avoir été violées par un étranger et plus souvent être contraintes à des relations sexuelles non consenties que les témoins (35,7% vs 15,4% et 47,7% vs 21,1%). Ces conclusions vont dans le sens de

celles de Zanarini et al. (12) dont les résultats suggèrent que dans une population de femmes atteintes de troubles de la personnalité borderline, celles-ci déclarent plus régulièrement avoir été victimes d'agressions sexuelles à l'âge adulte que les patientes souffrant d'autres troubles de la personnalité. Pour conclure, les relations affectives stables semblent moins fréquentes chez les femmes atteintes de troubles mentaux, cet état de fait serait associé à une plus grande vulnérabilité aux agressions d'ordre sexuel qui bien sûr constitue un obstacle majeur à la construction d'une vie familiale de qualité, et notamment à influencer de manière délétère leur rôle de mère.

1.1.2. Fertilité et fécondité

a. Définitions

Tout d'abord il est important de définir les termes de fertilité et de fécondité :

- La fertilité définit le fait d'avoir au moins un enfant vivant. Le taux de fertilité est le rapport entre l'effectif des sujets ayant au moins un enfant vivant dans une population donnée, et l'effectif total de cette même population au même moment.
- La fécondité est le nombre moyen d'enfant vivant par individu dans une population donnée. Le taux de fécondité est le rapport entre l'effectif des enfants vivants dans une population donnée de mères (ou de pères) à un instant donné, et l'effectif de ces mères (ou pères) au même moment.

b. Femmes atteintes de troubles psychotiques

La schizophrénie est une pathologie mentale qui reste très invalidante sur le plan relationnel. Pourtant, plusieurs auteurs soulignent que de nos jours : « *Beaucoup de femmes atteintes de schizophrénie deviendront mères* » (13). En effet, environ 37000 femmes en âge de procréer sont atteintes de schizophrénie et parmi elles, environ 1000 femmes donnent naissance à un enfant chaque année (14). Cependant, de manière globale, les résultats de Mc Grath et al. (15) montrent que les patients atteints de « psychose » sont moins fertiles que la population témoin. Seulement

36% des patients (hommes et femmes) sont parents vs 66,3% d'un membre de leur fratrie. Dans cette étude les femmes atteintes de troubles psychotiques sont plus souvent parents que les hommes (59%). En ce qui concerne les taux de fécondité, les résultats indiquent que les patients atteints de « psychose » ont moins d'enfants que les témoins. Les résultats d'Howard et al. (14) montrent que dans une population de femmes souffrant de troubles psychotiques, et/ou traitées par des antipsychotiques de première ou seconde génération et/ou du lithium, entre 1996 et 1998, en Angleterre, les taux de fertilité retrouvés sont plus bas chez les femmes atteintes de troubles psychotiques que dans la population générale (taux de fertilité en 1996 : 31,5 vs 45,8). Par contre, cette différence ne serait significative que dans les sous-groupes de patientes âgées de plus de 25 ans. En d'autres termes la baisse de la fertilité se révélerait davantage après le début de la maladie. Les résultats suggèrent également que les patientes plus jeunes sont souvent traitées avec des doses plus faibles de neuroleptiques, ce qui entraîne moins de troubles de la régulation de la prolactine à l'origine des problèmes de fertilité (14). Les résultats de McGrath et al. (15) vont dans ce sens, puisque les taux de fertilité les plus élevés sont retrouvés dans les sous-groupes de patientes où le diagnostic est plus tardif : ces femmes sont probablement enceintes avant le début de la maladie et donc avant qu'un traitement ne soit instauré. Les conclusions de l'étude de Nimgaonkar et al. (16) montrent que les taux de fertilité et de fécondité chez les femmes souffrant de schizophrénie âgées de moins de 45 ans ne sont pas significativement différents de ceux de femmes issues de la population générale. Dans une autre étude d'Howard et al. (17), les auteurs discutent également de l'impact négatif direct de cette pathologie sur la vie des patientes et le taux de fertilité. Il est reconnu que les femmes souffrant de schizophrénie ont tendance à avoir des relations moins stables (cf paragraphe 1.1.1), limitant les patientes dans leurs rencontres et leurs projets de grossesse. En conclusion il semble que les femmes atteintes de troubles psychotiques ont des taux de fécondité et de fertilité moindres comparés aux femmes de la population générale ou même souffrant d'autres types de pathologies.

c. Femmes atteintes de troubles de l'humeur

Concernant la fertilité et la fécondité des femmes souffrant de troubles de l'humeur, Williams et al. (18) ont publié en 2007 une revue de la littérature sur le sujet. Ils répertorient cinq études traitant de cette question depuis 1980 ((19) (20) (21) (22) (23)). La plupart des résultats de ces études montrent que les taux de fertilité des patientes souffrant de troubles de l'humeur semblent plus bas que dans la population générale. Les résultats de Baron et al. (20) montrent une baisse des taux de fertilité et de fécondité chez des patientes souffrant de troubles bipolaires comparés à la population générale. Les résultats indiquent que le taux de fertilité des femmes est réduit avant même l'apparition du premier épisode et reste plus bas après. Jönsson et al. (23) publient des données suggérant que les taux de fertilité de patientes atteintes de troubles de l'humeur sont diminués de 29% par rapport à la population générale. Les résultats de Calzeroni et al. (22) concernent des patients (hommes et femmes) atteints de dépression avec caractéristiques psychotiques et présentant des antécédents de passage à l'acte suicidaire. Ces résultats montrent que le nombre d'enfants (fécondité) est moindre chez les patients aux antécédents de suicide ou présentant des caractéristiques psychotiques. Enfin, les résultats d'Harlow et al. (21) concernant des femmes ayant des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs, montrent que les taux de fécondité sont plus bas que chez les témoins. Les auteurs discutent le fait que ces femmes « déprimées » sont plus souvent divorcées séparées ou veuves, et donc moins susceptibles d'avoir une relation stable leur permettant d'avoir un projet de grossesse. Seuls les résultats d'Odegard et al. (19) montrent que le nombre d'enfants par femme, atteinte de troubles bipolaires ou de dépression, n'est pas significativement différent de celui retrouvé dans la population générale. Cependant, Williams et al. (18) soulignent une limite importante de ce travail, puisque les auteurs ne considèrent que les naissances ayant eu lieu avant la première hospitalisation et ne précisent pas si le début de la pathologie est antérieure à la grossesse. Nous pouvons donc conclure avec Williams et al. (18) que les patientes atteintes de troubles de l'humeur ont fort probablement des taux de fertilité plus bas que ceux de la population générale.

1.1.3. Grossesse et suivi anténatal et post-natal

En termes de contraception, les résultats de Moreno et al. (10) montrent que 50% de leurs patientes n'ont pas planifié leur grossesse et que les femmes atteintes de troubles bipolaires sont plus de 80% à utiliser une contraception de manière non conforme (10). Les résultats d'Howard et al. (24) concernant les femmes atteintes de troubles psychotiques, montrent eux aussi que ces dernières sont moins bien informées et conseillées sur les différents modes de contraception en post partum. Ces résultats confirment ceux d'une étude encore plus ancienne de Ritsher et al. (7) où seulement 55% des femmes sexuellement actives utilisaient une contraception.

Les données de Howard et al. (24) concernant le suivi anté et post-natal des femmes atteintes de « psychose », montrent que la date de début de gestation et la prise en charge médicale de la grossesse anté et post-natale sont similaires chez les « cas » et les témoins. Cependant les femmes atteintes de troubles psychotiques sont moins bien informées sur les risques liés à la grossesse. Les informations concernant la consommation d'alcool et de tabac, ainsi que les antécédents médicaux sont moins recherchés chez les « cas » par rapport aux témoins. Dans cette étude, les résultats indiquent que les médecins recherchent peu les facteurs de risque liés à la grossesse, comme si la priorité était plutôt la pathologie et les traitements prescrits, négligeant des informations primordiales dans une population déjà fragile. Jablensky et al. (25), dans une étude dans une population de patientes souffrant de schizophrénie, de troubles bipolaires ou de dépression unipolaire, montrent que ces femmes ont un risque de survenue de complications obstétricales plus important que celles issues de la population générale. Ces patientes ont plus souvent des anomalies du placenta (détachement placentaire ou placenta praevia), présentent plus d'hémorragie en anté-partum et il existe plus fréquemment des signes de souffrance fœtale au moment de l'accouchement. Une étude plus récente (10), concernant uniquement les femmes souffrant de troubles bipolaires de type 1 nuance ces propos : les données de Moreno et al. (10) suggèrent que les caractéristiques du groupe composé de femmes « malades » sont similaires à celles du groupe contrôle pour les complications obstétricales.

Pour conclure, il est donc important de réaliser, en tant que psychiatre, que beaucoup de nos patientes sont, ou deviendront, mères. Ne pas l'envisager lors de nos suivis serait une erreur. Or les femmes que nous prenons en charge sont vulnérables à bien des niveaux. D'une part, parce qu'elles souffrent de pathologies invalidantes, et d'autres part, parce que lorsqu'elles sont enceintes elles ne sont plus seulement responsables d'elles-mêmes mais aussi de leur enfant. Dans la suite de ce chapitre nous allons déterminer de quelle manière la parentalité chez ces personnes aurait des conséquences sur leur vie.

1.2. La parentalité : définition et cadre législatif

Un groupe de travail du Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et du Droit des Femmes a proposé en 2011 un « avis relatif à la définition de parentalité et du soutien à la parentalité issu du comité national du 10 novembre 2011 » (26). Dans ce rapport le terme de « parentalité » est discuté, et le groupe de travail propose une définition basée sur les définitions précédentes tirées des travaux de la CNAPE (Convention Nationale de Protection de l'Enfant) ainsi que sur les travaux de D. Houzel (27).

« La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. C'est un processus qui conjugue les différentes dimensions de la fonction parentale, matérielle, psychologique, morale, culturelle, sociale. Elle qualifie le lien entre un adulte et un enfant, quelle que soit la structure familiale dans laquelle il s'inscrit, dans le but d'assurer le soin, le développement et l'éducation de l'enfant »

« Cette relation adulte/enfant suppose un ensemble de fonctions, de droits et d'obligations (morales, matérielles, juridiques, éducatives, culturelles) exercés dans l'intérêt supérieur de l'enfant en vertu d'un lien prévu par le droit (autorité parentale). Elle s'inscrit dans l'environnement social et éducatif où vivent la famille et l'enfant. »

Ce groupe de travail souligne des points cruciaux en termes de rapports parents-enfants. En premier lieu, la parentalité a pour finalité « l'intérêt supérieur de l'enfant ». Le groupe de travail précise qu'il s'agit d'un terme « multidimensionnel » (juridique, matériel, économique, culturel, psychologique...)

intégré dans un réseau complexe ou interviennent différents acteurs (Conseil Départemental, autorités judiciaires, sanitaires...) dont le bon fonctionnement nécessite une coordination entre les différents services. Les auteurs soulignent également la neutralité de ce terme, permettant de le distinguer du terme de « parenté », qui lui, désigne un lien biologique, ainsi que de « l'autorité parentale », qui se réfère à une notion juridique, définissant « *un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant* », point qui sera abordé plus en détail ultérieurement. De plus, ils soulignent le caractère évolutif et personnalisé, pour ainsi dire développemental, de la parentalité : « *on ne naît pas parent, on le devient* », ce qui induit qu'il devrait être possible de « *restaurer quelqu'un dans sa dignité et sa qualité de parent* ». Cependant, ils précisent que « *la nature du lien et le périmètre de la parentalité ne sont pas définis dans le but de ne pas donner un modèle « normatif » à ce concept* ».

Dans le droit français, être parent implique l'existence d'une filiation. Dès la naissance de l'enfant, la loi vient confier des droits mais aussi des devoirs aux parents, ayant comme finalité l'intérêt suprême de l'enfant. Ainsi L'article 371-1 du code civil attribue aux parents « l'autorité parentale » définie comme suit :

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux parents jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne ; Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité ».

Lorsqu'une situation le nécessite, l'enfant peut être retiré de sa famille. Nous détaillerons d'ailleurs ce point plus tard. Cependant, il est important de noter que « *les parents dont l'enfant fait l'objet d'un placement au titre de l'assistance éducative restent titulaires de tous les attributs de l'autorité parentale compatibles avec cette mesure* » (28). Ceci est différent de la délégation de l'autorité parentale qui est un partage de l'autorité parentale définie par un Juge des Enfants pour chaque situation, ou du retrait de cette autorité, dans de très rares cas, qui destitue les parents de leurs droits et de leurs devoirs auprès de l'enfant.

1.3. Troubles mentaux et parentalité

La parentalité est l'un des rôles majeurs que peut exercer un individu. Beaucoup de travaux issus de la littérature « sociale » pointent les difficultés rencontrées par les personnes atteintes de pathologies psychiatriques dans leurs expériences en tant que parents (1). Ackerson et al. (1) écrivent que « *les parents atteints de troubles mentaux sont doublement victimes* ». D'une part, parce qu'ils sont porteurs d'une pathologie invalidante dont ils ne sont pas responsables et d'autre part parce qu'ils sont susceptibles de devoir se séparer de leur enfant, dans son intérêt, souvent à cause du handicap entraîné par la maladie, les empêchant d'exercer leur rôle de parent sereinement. Dans le déroulement de notre travail il est donc important de recueillir le point de vue des patientes concernant leur rôle de parent, ainsi que leurs craintes et leurs besoins.

Benders-Hadi et al. (29) ont publié en 2013 une étude ayant pour objectif de déterminer la prévalence de la maternité chez des patientes hospitalisées en psychiatrie depuis quelques mois ou depuis plusieurs années. Un autre objectif était de comprendre les attentes de ces patientes, d'évaluer la fréquence à laquelle elles voyaient leurs enfants et l'impact de leur pathologie sur leur parentalité. Cette étude se déroule au sein d'un hôpital psychiatrique de New York. Les données concernant la maternité étaient collectées grâce au dossier informatisé des patientes et aux renseignements fournis par le service social référent de la patiente, entre octobre 2010 et avril 2011. Les questions posées aux patientes concernaient le nombre et l'âge de leurs enfants, la fréquence des contacts, les modes de garde et le statut légal de leur enfant. Les auteurs interrogeaient également les patientes sur leur point de vue concernant l'impact de leur maladie sur leurs capacités maternelles. Plusieurs groupes de discussion ont été formés afin de recueillir les impressions des patientes. Un compte-rendu de la séance a été systématiquement rédigé afin de classer les informations. Les résultats de cette étude montraient que 50 femmes sur 130 hospitalisées sont mères, soit 38,5% des patientes. Les données des mères participant à l'étude ont été comparées aux données des mères ayant refusé de participer. Celles du groupe interrogé ont des durées d'hospitalisation moins longues que les autres. Quatre vingt pour cent des patientes ont reçu un diagnostic de

schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. La majorité des mères dans les deux groupes déclaraient avoir une relation affective stable. Dans le groupe de femmes interrogées, les ¾ des enfants étaient adultes. La plupart de ces mères confirmaient qu'elles n'avaient pas eu à faire aux services de protection de l'enfance (54,2%) et déclaraient avoir la garde principale de leurs enfants mineurs. Près de la moitié rapportaient avoir au moins un contact hebdomadaire avec leurs enfants malgré l'hospitalisation (45,8%). Les résultats ne montraient pas de différence significative en terme de fréquence des contacts entre les femmes hospitalisées depuis moins d'un an et celles hospitalisées depuis plus d'un an. Les femmes interrogées déclaraient que leur rôle de mère était primordial et que cela les aidait à suivre le traitement et les recommandations médicales. La plupart d'entre elles rapportaient que leur maladie n'avait pas d'impact sur leur rôle de mère. Pourtant, plusieurs ressentaient une stigmatisation liée à leur maladie et pensaient que pour la plupart des gens « *être malade entraînait forcément d'être de mauvais parents* » (29). De plus, elles se plaignaient souvent du poids de l'hospitalisation et exprimaient la souffrance d'être séparées de leurs enfants. Enfin, la majorité des mères interrogées, lorsqu'elles évoquaient l'avenir et leur handicap, évoquaient également leurs rôles de mères et planifiaient leurs suivis en fonction de leur parentalité. Elles étaient plus vigilantes et plus attentives à l'impact que leur pathologie pouvait avoir sur leurs enfants. Dans cette étude, les auteurs soulignaient qu'une proportion importante de patientes hospitalisées en psychiatrie était mère, et que ces femmes se sentaient concernées par ce rôle maternel, qu'elles y participaient activement et que cela constituait un facteur de stabilité dans leur vie.

Dans la littérature, beaucoup d'études soulignent le fait que les femmes atteintes de pathologies mentales perdent souvent la garde de leurs enfants (8,29). Pour autant cela ne veut pas dire qu'elles ne continuent pas à jouer un rôle important auprès de leurs enfants et que leur parentalité n'est pas une part importante de leur vie. Une étude plus ancienne (9), publiée en 1998, avait pour but d'explorer le point de vue de femmes atteintes de pathologies mentales sur l'aide que leur apporte leur famille. Cette étude a été conduite auprès de 100 femmes recrutées parmi les patientes de six structures de santé mentale ambulatoires du Massachussetts (USA), en 1994. Sur ces 100 patientes, seules 42 ont accepté de participer. Les critères d'inclusion

étaient : avoir un diagnostic de pathologie mentale (non précisée dans l'étude), être âgée de 19 à 59 ans, être responsable d'un enfant de moins de 13 ans et parler l'anglais. Six sous-groupes de mères atteintes de pathologies mentales et 5 sous-groupes de soignants travaillant dans ces structures ont été constitués. Lors de séances, chacun des groupes discutait autour de la question de la parentalité des personnes atteintes de pathologies mentales. Chaque séance était ensuite analysée dans le but de déterminer de quelle manière le partenaire ou le père de l'enfant, les parents grands parents ou un autre membre de la famille, jouait un rôle auprès de leur proche malade. Les résultats montraient que 48% des femmes incluses vivaient en couple, que plus de la moitié recevaient une aide financière de l'état (62%) et que 81% vivaient dans des logements indépendants. Plus de la moitié (55%) de ces patientes avaient un diagnostic de troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur ou troubles bipolaires). Quarante trois pourcent des mères vivaient avec leurs enfants. Ces femmes identifiaient des « aidants » constituant un soutien pour la garde de leurs enfants : pour 56% il s'agissait de leur conjoint, pour 39% d'un centre d'accueil de jour et pour 14% des grands parents. Trente six pour cent des femmes répondaient qu'en cas d'hospitalisation, elles confiaient leurs enfants aux grands parents, 28% à des familles d'accueil, 26% au père de l'enfant et 12% à des amis.

Concernant les relations entre la patiente et son entourage familial, du point de vue des patientes et des soignants, les relations varient considérablement. Les familles peuvent ne pas comprendre la pathologie de leur proche ou se sentir mal à l'aise. Certains membres se montrent parfois agressifs ou irrités face aux difficultés rencontrées par ces femmes, les tenant même pour responsables de problèmes liés aux enfants. Les femmes interrogées se sentent parfois jugées et condamnées par leur entourage. Par ailleurs, selon les patientes et les soignants, les familles renforcent souvent la mère dans sa position de malade. En d'autres termes les mères se sentent infantilisées et dominées par le reste de la famille lorsqu'elles doivent prendre des décisions concernant leurs enfants.

Lorsqu'il s'agit de la relation avec le père ou le partenaire, là encore selon les patientes et les soignants, il existe de grandes disparités. La place du père peut être vécue comme soutenant auprès des enfants, notamment dans les situations

d'urgence, lorsque la patiente doit être hospitalisée. Mais elle peut être aussi mal supportée. Les deux parties interrogées évoquent parfois une autorité en contradiction avec les décisions des patientes au sujet des enfants. De plus, certaines femmes décrivent des pères abusifs, envers elles ou leurs enfants. Les pères peuvent abuser de substances toxiques, sont eux même atteints de pathologies mentales ou sont parfois violents ou maltraitants. D'après les soignants, la présence d'un partenaire stable aux cotés de la patiente empêche souvent le placement des enfants.

Concernant les relations avec les grands-parents ou un autre membre de la famille, contrairement à ce qui a été dit précédemment, leur place est vécue comme plus soutenant. Ils prennent le relais auprès de leurs petits enfants lorsque la mère est dans l'incapacité de s'occuper d'eux. C'est, pour une majorité de patientes, une présence rassurante et stable ainsi qu'un gage de sécurité pour leurs enfants dans des situations d'urgence (hospitalisation). Certains points de vue divergent, les grands parents ont parfois été eux-mêmes des parents dysfonctionnants. C'est pourquoi leur présence n'est pas toujours un soutien.

Pour conclure, les femmes atteintes de pathologies mentales semblent souvent reconnaître leurs « limites » et sont soulagées de savoir que leur entourage familial est susceptible de garantir un environnement stable et sécurisant à leurs enfants en cas de situations imprévues. La maternité est un aspect primordial de leur vie, jouant un rôle dans l'alliance thérapeutique et l'observance des traitements. Dans ce contexte, le maintien des liens sociaux est primordial, car sans ce soutien, combinée à d'autres facteurs de stress (précarité, absence de traitement, inobservance...), les mères atteintes de pathologies mentales et leurs enfants sont très vulnérables.

2. Organisation du système français de prévention/protection de l'enfance

Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, les femmes atteintes de pathologies mentales graves sont susceptibles d'être mères ou de le devenir. Elles ont plus fréquemment des relations instables et sont plus souvent exposées à des situations à risques, telles que la violence physique, psychique ou les abus. Beaucoup d'entre-elles estiment que leur rôle de mère est primordial. Malheureusement, même si elles sont capables de reconnaître leurs « limites », certaines sont en difficultés dans l'exercice de leur parentalité. Parfois, dans l'intérêt supérieur de l'enfant, certaines situations conduisent à la séparation du couple « mère-enfant ». Dans ce chapitre nous allons explorer l'organisation du système de prévention/protection de l'enfance en France.

2.1. L'enfant « en danger »

Les prérogatives parentales doivent être exercées dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Lorsque l'enfant a besoin d'être protégé de ses parents, l'Etat se doit d'intervenir pour le soustraire au danger qui le menace. La notion de « danger » reste purement factuelle et empreinte de subjectivité et la caractérisation de l'existence de l'état de danger est nécessaire pour justifier la décision de mesures de protection de l'enfance administrative ou judiciaire (28). Les professeurs Bonfils et Gouttenoire (28) précisent que le danger peut être d'ordre physique ou moral et soulignent qu'au sens de l'article 375 du Code Civil, « *il n'y a pas de danger lorsque celui-ci trouve son origine en dehors du milieu familial* ». Pourtant, le danger n'implique pas forcément les parents (28), il y a danger lorsque « *le titulaire de l'autorité parentale n'utilise pas, ou mal de ses prérogatives* » (28).

La loi du 5 mars 2007 introduit de nouveaux points à cette « définition » du danger. En effet, elle ajoute les notions « *de mise en péril des conditions de développement physique, affectif, intellectuel et social de l'enfant* ». Cette loi fait donc rentrer dans la catégorie des enfants susceptibles d'être concernés par les mesures de protection de l'enfance, non plus seulement ceux victimes de maltraitance avérée mais également tous ceux placés dans des situations difficiles mettant en péril leur développement psychoaffectif. Soulignons que selon certains magistrats, la notion de

« danger » est différente selon le contexte de vie de l'enfant, *« pour être constitutive d'un danger au sens de l'article 375 du code civil, une situation doit être notablement plus dégradée que celle d'autres enfants issus du même milieu à la même époque »* (28). En d'autres termes, les acteurs de la protection de l'enfance évaluent la situation en prenant en compte le milieu culturel, les moyens matériels dont dispose la famille, l'histoire des individus et de la famille dans son ensemble. Bonfils et Gouttenoire précisent que *« le diagnostic de danger »* est posé par des approches standardisées, notamment des enquêtes et examens psychologiques (28).

2.2. Le dualisme de la protection de l'enfance

Le système de protection de l'enfance est articulé autour de deux pôles : d'une part la protection administrative, sous la responsabilité respective de l'Etat et des Conseils Départementaux, auxquels les lois de décentralisation ont transféré la compétence d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et d'autre part, la protection judiciaire (Tribunal pour enfant et particulièrement le juge des enfants et le parquet des mineurs) (30). En d'autres termes, les décisions concernant la protection de l'enfance sont ordonnées soit par l'inspecteur de l'Aide Sociale à l'Enfance, soit par le juge des enfants ou exceptionnellement le Procureur de la République

2.2.1. La subsidiarité de la protection judiciaire de l'enfant

L'organisation de la prévention et de la protection de l'enfance est confiée au département. Selon l'article L. 123-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF), le Conseil Départemental est responsable de l'organisation du service de « l'Aide sociale à l'Enfance » (ASE). Placée sous l'autorité du Président du Conseil Départemental, sa mission est de venir en aide aux enfants et à leur famille par des actions de prévention individuelles ou collectives et de protection, comme la lutte contre la maltraitance.

La loi du 5 mars 2007 a modifié l'article L221-1 du CASF qui précise les missions du service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Ce service a maintenant pour vocation d'*« apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant*

de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social ». La loi de 2007 place au premier plan la volonté de collaborer avec les parents. Cette « collaboration » doit toujours être recherchée et l'adhésion des parents toujours favorisée afin de les impliquer dans les dispositifs mis en œuvre pour l'enfant. Les professeurs Bonfils et Gouttenoire (28) précisent que la loi de 2007 réformant la protection de l'enfance a renforcé la subsidiarité de la protection judiciaire au profit de la protection administrative. En d'autres termes, pour toutes situations la voie de la protection administrative doit toujours être envisagée en premier. Ce n'est que lorsque les mesures de protection administratives ont échoué que l'on rentre dans le champ de la protection judiciaire.

2.2.2. La compétence judiciaire : l'assistance éducative

L'article 9 de la « Convention Internationale des Droits de l'Enfant » détaille un certain nombre de mesures regroupées sous le terme « d'assistance éducative », permettant à un magistrat compétant de proposer des mesures d'accompagnement ou d'éloignement visant à protéger l'enfant, toujours dans son intérêt supérieur. Ces mesures sont une limite à l'autorité parentale. En France, la compétence « d'assistance éducative » relève exclusivement du Juge des enfants à qui l'article 375 du Code Civil « *accorde le pouvoir de prendre ces mesures si « la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.* » » (28). En raison de l'intérêt de l'enfant, le juge peut imposer à la famille, même si celle-ci refuse, des mesures diverses allant de l'assistance éducative en milieu ouvert jusqu'au placement de l'enfant. L'intervention du Juge des enfants doit être justifiée de plusieurs manières, la première concerne le danger encouru par l'enfant dans certaines situations au sein de sa famille, la seconde lorsque les parents refusent les mesures proposées par la protection administrative. La loi du 5 mars 2007 avait pour vocation de limiter la judiciarisation de la protection de l'enfance en renforçant le caractère subsidiaire de l'intervention du juge par rapport à l'intervention du Conseil Départemental. Pourtant, cette judiciarisation de la protection de l'enfance semble être incontournable, comme le

montre ces chiffres publiés fin 2010 dans le rapport de « l'Observatoire National de l'Enfance en Danger » (ONDE): 87,2 % des placements et 70,9 % des mesures en milieu ouvert étaient d'origine judiciaire.

2.3. Organisation des procédures

2.3.1. La prévention

Le Conseil Départemental prend en charge plusieurs types d'aides dans le cadre de la prévention et favorise ainsi le développement d'un appui précoce aux parents. Il s'agit par exemple de la mise en place d'actions préventives précoces en périnatalité, par la proposition systématique de « l'entretien prénatal précoce » comme indiqué dans les recommandations de l'HAS de 2005 traitant de « la préparation à la naissance et à la parentalité » (31). Cette prévention continue de s'organiser au delà de cette période à travers le rôle pivot de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de la santé scolaire, avec notamment la mise en place de bilans de santé systématiques des enfants de 3-4 ans à l'école maternelle (service de PMI) et la création de bilans de santé pour tous les enfants scolarisés au cours de leur sixième, neuvième, douzième et quinzième année (service de santé en faveur des élèves). Plus généralement, l'Aide sociale à l'enfance organise des actions de prévention diversifiées pour prévenir les difficultés rencontrées par les familles et les enfants.

2.3.2. La notion d' « information préoccupante »

La loi de 2007 met en avant la notion d'information préoccupante relative à la protection de l'enfance, cette notion remplace la notion plus restrictive de « mauvais traitement ». Selon le décret du 7 novembre 2013, « l'Information Préoccupante est une information transmise à la Cellule Départementale mentionnée au deuxième alinéa de l'article L.226-3 pour alerter le Président du Conseil Départemental sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises ou en risque de l'être. La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer

les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Cette notion regroupe tous les éléments constituant un motif de préoccupation pour le professionnel ou un particulier concernant la situation d'un enfant. Elles permettent un signalement plus précoce de situation potentiellement « à risque » sans que cela n'aboutisse forcément à un signalement judiciaire, mais nécessitant tout de même une évaluation par le biais d'une enquête sociale approfondie.

Le Conseil Départemental a la charge de recevoir et de traiter les « informations préoccupantes » concernant les mineurs en danger ou risquant de l'être. Le recueil de ces informations est confié à la « Cellule Départementale de Recueil des Informations Préoccupantes » (CRIP). En Gironde un « Bureau de l'Enfance en Danger » (BED) a été créé dès 2003 et a permis au département de satisfaire très rapidement une des exigences principales de la loi du 5 mars 2007. Il constitue désormais le noyau central de la CRIP du département. Cette cellule est composée de personnels administratifs qualifiés qui procèdent à une évaluation de la situation du mineur et déterminent les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier (28). Cette cellule est composée, en Gironde, de 11 inspecteurs responsables de 11 territoires couvrant le département. Ces inspecteurs sont garants de la mise en place des actions concrètes de chaque dossier et dans notre département, ils ont chacun en charge environ 700 dossiers par an.

L'objectif est donc de centraliser le recueil des « informations préoccupantes » au sein d'un seul et même lieu. Lorsque la CRIP reçoit une information préoccupante, écrite ou téléphonique, d'un particulier (mineur, membre de la famille, voisin...) ou d'un professionnel (médecin, enseignant, psychologue, travailleur social...), la CRIP procède à une première analyse afin de qualifier l'information et d'apprécier la suite à donner. Dans la plupart des cas, la CRIP sollicite une évaluation de la situation auprès des services territoriaux des MDSI compétentes qui permettra d'apprécier si l'enfant concerné se trouve en situation de danger. Après l'évaluation, s'il apparaît que l'enfant est en danger ou à risque de danger la CRIP peut soit proposer une mesure de protection administrative à la famille, soit saisir l'autorité judiciaire, soit considérer qu'il n'y a pas lieu de donner suite, notamment parce que des mesures de protection sont déjà mises en place.

2.3.3. Le recours à l'autorité judiciaire

Le Président du Conseil Départemental est le destinataire prioritaire des informations préoccupantes. Cependant, le caractère de gravité d'une situation peut aboutir à un signalement direct auprès du Procureur de la République. Ce dernier peut alors saisir le Juge des enfants mais il est parfois impératif, de mettre rapidement un enfant à l'abri par le biais d'une « Ordonnance de Placement Provisoire » émise par le Procureur lui-même. Le Procureur de la République informe le Président du Conseil Départemental de la situation. Celui-ci organise, par le biais de l'ASE, les modalités d'accueil en urgence de l'enfant « en danger », par exemple en le plaçant dans une Maison d'Enfant à Caractère Social (MECS) ou chez un assistant familial (famille d'accueil). Lorsque le Procureur de la République a été informé d'une situation de mise en danger d'un enfant par une autre personne, il informe le président du Conseil Départemental de la situation et lui transmet les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission de protection de l'enfance.

Par ailleurs, il est important de souligner que le recours à l'autorité judiciaire, n'est en principe possible qu'après échec des mesures de protection mises en place par l'ASE ou lorsque les parents s'opposent à l'accompagnement proposé. Le Président du Conseil Départemental informe alors le Procureur de la République de la situation et des mesures déjà mises en œuvre auprès de la famille. Ce dernier vérifie que l'intervention de l'autorité judiciaire correspond bien aux hypothèses prévues par la loi et saisit dans les huit jours le Juge des enfants qui statuera sur le devenir de l'enfant concerné. Ce dernier a ensuite quinze jours pour rencontrer les parents, recueillir leurs points de vue et les informer des mesures en cours concernant leur enfant. L'autorité judiciaire peut également *« décliner sa compétence si elle considère que la protection mise en place par le département est suffisante ou qu'elle pourrait l'être »* (28). Il existe une coordination entre les deux protections après la saisine du Juge des Enfants. En effet, le magistrat saisi du dossier ordonne un certain nombre de mesures concrètes à mettre en œuvre pour l'enfant. Ces mesures concrètes sont organisées par le Conseil Départemental. Selon l'article L. 221-4 CASF, lorsqu'un enfant bénéficie d'une mesure d'assistance éducative, *« le Président du Conseil Départemental organise, sans préjudice des prérogatives de*

l'autorité judiciaire, entre les services du Département et les services chargés de l'exécution de la mesure, les modalités de coordination en amont, en cours et en fin de mesure, aux fins de garantir la continuité et la cohérence des actions menées. »

2.4. Le choix de la mesure adéquate

2.4.1. Moyens d'action du Conseil Départemental

Les professeurs Bonfils et Gouttenoire (28) écrivent que *« les enfants en danger ou risquant de l'être se voient offrir, si leurs parents l'acceptent, des mesures de protection individuelle »*. Ces mesures de protection peuvent prendre la forme d'une action éducative à domicile (AED), de Techniciens d'Intervention en Santé et Famille (TISF), de versements d'aides financières et/ou d'accueil de jour de l'enfant dans les services de l'ASE. Parfois, certaines situations ne permettent pas un maintien de l'enfant dans sa famille, l'enfant est alors pris en charge par le service de l'ASE sur décision du Président du Conseil Général dans le cadre d'un accueil provisoire.

L'accueil provisoire est une mesure administrative de protection de l'enfance permettant, par la mise à distance provisoire de l'enfant de son milieu familial, de proposer un soutien à son développement dans les meilleures conditions et une aide aux familles en difficulté dans l'exercice de leurs fonctions. L'accueil peut s'effectuer dans un établissement (accueil collectif) ou chez un assistant familial (accueil familial) ou une assistante maternelle. La demande d'admission précise les modalités de placement : les conditions d'exercice du droit de visite, d'hébergement et le montant de la participation éventuelle aux frais, la date d'admission, la durée de la mesure et le lieu d'accueil. Dans tous les cas, l'admission de l'enfant est prise avec l'accord écrit des représentants légaux qui conservent tous les droits et obligations liés à l'autorité parentale. Ces derniers sont reçus pour la formalisation et la signature de la demande d'admission.

2.4.2. Moyens d'action du système judiciaire

Le Juge des Enfants dispose de larges pouvoirs d'investigation pour que la mesure d'assistance éducative soit la plus adaptée possible. Il peut auditionner les parties, demander une étude de la personnalité du mineur, une enquête sociale et des examens médicaux et/ou psychologiques (28). Depuis 2012, il peut ordonner une « Mesure Judiciaire d'Investigation Educative » (MJIE), qui a pour vocation de renforcer l'aide au recueil des informations nécessaires à la décision finale du juge (28). La MJIE est menée par une équipe pluridisciplinaire et a pour objectif de recueillir des éléments sur la personnalité du mineur et sur sa situation familiale et sociale dans un délai de cinq mois maximum. Quoi qu'il en soit, toutes les mesures d'assistance éducative, qu'elles soient provisoires ou définitives, peuvent être modifiées par le juge qui les a rendues. Ces mesures sont en constante évolution et adaptées en fonction des changements de situation de l'enfant et de sa famille.

Avant la loi du 5 mars 2007, les mesures d'assistance éducative relevaient de deux catégories : les mesures d'assistance éducative en milieu ouvert et le placement de l'enfant. Cette réforme a introduit une catégorie de mesures intermédiaires destinées à éviter le placement lorsque le maintien au domicile est impossible.

a. Le principe de maintien de l'enfant dans sa famille

Selon l'article 375-2 du Code Civil : « *chaque fois qu'il est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel* ». Les premières mesures à envisager prévues par l'article 375-2 du Code civil consistent à laisser l'enfant dans sa famille et à faire intervenir un éducateur dans le contexte familial pour apporter « *aide et assistance à la famille afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre* ». Il s'agit de la mesure d'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO) qui est à la fois une mesure d'aide et de contrôle ; « *elle désigne nommément l'enfant qui en bénéficie mais elle concerne toute la famille* »(28).

b. Séparation de l'enfant et de la famille : le placement

Le rapport de l'ONED faisait état en décembre 2010 de 273126 mineurs bénéficiant d'au moins une mesure de prise en charge administrative ou judiciaire, soit 19,0 ‰ des moins de 18 ans (28). Parmi ces mesures, le placement reste la plus lourde. Il s'agit d'une « *ingérence dans le fonctionnement de la famille* » (28). Cette décision est prise par le Juge des Enfants, lorsqu'il a acquis la preuve d'un danger pour l'enfant ; la mesure doit être proportionnelle à la hauteur du danger.

L'article 375-3 du Code Civil prévoit que « *s'il est nécessaire de retirer l'enfant de son milieu naturel, le Juge peut le confier à des tiers* ». Le tiers désigné peut être l'autre parent, un autre membre de la famille, un tiers digne de confiance, un service départemental de l'ASE, un service ou un établissement habilité pour l'accueil de mineurs, un service ou un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Le placement peut s'effectuer selon deux modalités différentes : le placement à plein temps, qui implique une séparation permanente de l'enfant et de sa famille, ou l'accueil de jour légalisé par la loi de 2007. L'article 375-7 du Code Civil affirme désormais clairement que « *Le juge peut décider des modalités de l'accueil de l'enfant en considération de l'intérêt de celui-ci* ». C'est donc au Juge de fixer les modalités du placement. Il peut décider de placer l'enfant dans une famille d'accueil ou dans un établissement de l'ASE. L'article précise que « *le lieu d'accueil du mineur doit être recherché dans la perspective de faciliter l'exercice du droit de visite et d'hébergement par le ou les parents ainsi que le maintien de ses liens avec ses frères et sœurs* ». L'article 375 du Code Civil limite en principe la durée des mesures d'assistance éducative à deux ans. Cependant la loi du 5 mars 2007 permet au juge des enfants d'ordonner une mesure d'accueil pour une durée supérieure « *lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale* ». Selon les professeurs Bonfils et Gouttenoire, l'objectif est de permettre à l'enfant de rester dans une continuité relationnelle, affective et géographique (28). Il est important de rappeler que cette mesure n'est pas synonyme de retrait de l'autorité

parentale, « *les parents dont l'enfant fait l'objet d'un placement au titre de l'assistance éducative restent titulaires de tous les attributs de l'autorité parentale compatibles avec la mesure d'assistance éducative* » (28). Enfin, l'article 9 de la CIDE précise que « *l'enfant séparé de ses parents doit pouvoir continuer à avoir des contacts directs avec eux sauf si ceux-ci s'avèrent contraires à son intérêt supérieur* »(28).

Certaines situations nécessitent un placement en urgence du mineur qui permet « *de recueillir immédiatement un mineur alors que le représentant légal est dans l'impossibilité de donner son accord* » (28). C'est souvent le caractère de gravité qui autorise à mettre en place ce type d'accueil dans le cadre d'une Ordonnance Provisoire de Placement émanant du Procureur de la République en vertu de l'article 375-5 alinéa 2 du Code civil.

Par ailleurs, il existe des mesures intermédiaires permettant de limiter la séparation du mineur d'avec sa famille. Il ne s'agit ni de laisser l'enfant dans son milieu familial, ni de l'en soustraire entièrement en organisant un placement. C'est pourquoi un accueil de jour des mineurs en danger est possible depuis 2007. L'article L. 222-5 CASF a été modifié pour permettre une modulation de la durée et des modalités du placement en fonction des besoins de l'enfant et de sa famille. Bonfils et Gouttenoire (28) soulignent que « *la diversification des modes de prise en charge de l'enfant devrait permettre de proposer, voire d'imposer, aux parents, des séparations plus ponctuelles et moins traumatisantes que des placements éloignant les enfants en permanence* » . Ainsi, il est maintenant possible pour un service d'héberger un mineur à titre exceptionnel ou séquentiel, c'est ce qu'on nomme « le placement séquentiel ». Il s'agit de permettre l'éloignement du mineur de sa famille pendant un temps, sans pour autant le priver de ce lien familial en permanence.

En conclusion, le droit français met à la disposition des magistrats un large éventail de possibilités concernant la protection de l'enfant « en danger ». Le placement doit rester une mesure exceptionnelle. Celle-ci est nécessaire lorsque l'enfant est en danger immédiat ou que les parents sont en désaccord avec les mesures proposées et que la sécurité de l'enfant est compromise. Il s'agit d'une mesure brutale et généralement mal vécue par les familles et l'enfant lui-même.

3. Troubles psychiatriques maternels et développement de l'enfant

L'arrivée d'un enfant constitue un grand bouleversement affectif. Rappelons avec Oates et al. (32) que la période du post-partum est une période de vulnérabilité psychique pour toutes les femmes. En effet, elle est propice à l'apparition et à la décompensation de pathologies psychiatriques. Le risque de survenue d'un épisode psychotique est multiplié par 16 (32). Ce risque est trois fois plus important en ce qui concerne la dépression non psychotique. Deux femmes sur 1000 développeront une psychose du post-partum et 10 à 20% des patientes développeront une dépression du post-partum (32). Parmi toutes ces femmes, 50% déclarent un premier épisode (33). Lorsqu'il naît, l'enfant est vulnérable, son développement est inachevé et « *le premier environnement de l'enfant est sa mère* »(34). Cazas et al. (34) écrivent à propos d'enfants nés de parents souffrant de schizophrénie que « *trois risques peuvent être individualisés, le risque de développer une maladie mentale héréditaire, le risque pour leur développement et le risque apporté par les souffrances diffuses lorsque l'enfant est confronté à la « folie » de ses parents* » » (34). Ces risques soulignent la nécessité de porter une vigilance toute particulière aux populations de femmes enceintes et à leurs bébés en termes de santé publique. Nous avons développé précédemment le point de vue juridique sur les situations dites « à risque de danger » pour l'enfant. Nous allons détailler à présent les conséquences cliniques et l'impact potentiel des pathologies maternelles psychiatriques sur le développement de l'enfant.

3.1. Nouveau-nés de mères souffrant de pathologie mentale

Des taux plus élevés de décès périnataux sont retrouvés dans des populations d'enfants nés de mères atteintes de troubles psychiatriques par rapport à la population générale (24,35). King-Hele et al. (36) ont pour objectif d'examiner une série de causes de mortalité périnatales, chez des bébés de mères ayant des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, y compris des antécédents liés à la toxicomanie. Pour cela, les auteurs ont identifié toutes les naissances et les morts à la naissance (complications anténatales, complications au moment de l'accouchement, malformations congénitales du fœtus et autres), survenues au Danemark entre le 1^{ier} janvier 1973 et le 31 décembre 1998 grâce à une base de

données nationale, la « Danish Civil Registration System ». Les diagnostics et les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie des mères ont été renseignés grâce au « Psychiatric Central Register ». Les auteurs ont constitué trois groupes de femmes, atteintes de schizophrénie ou de troubles schizo-affectif, de troubles de l'humeur et dépendantes à l'alcool ou aux drogues. Les causes de décès néonataux (prématurité, anoxie et lésions cérébrales, malformations congénitales et autres) ont été enregistrées grâce aux bases de données nationales : « Cause of Death Register » et « Medical Births Register ». Une mort à la naissance était définie par la mort du fœtus dès l'âge de 28 semaines de gestation et jusqu'à la naissance. Un décès néonatal était défini par la survenue de la mort dans les 28 premiers jours de vie.

Les résultats de cette étude montrent que sur 7021 bébés morts à la naissance, 188 avaient une mère hospitalisée pour motif psychiatrique avant la naissance. Le nombre de mort à la naissance est élevé dans les trois groupes. Les antécédents maternels de dépendance à l'alcool ou aux drogues sont associés à un risque deux fois plus élevé de survenues de complications au moment de l'accouchement. Des antécédents maternels de troubles de l'humeur sont associés à un risque similaire de survenue de complications au moment de l'accouchement et de survenue de mort à la naissance à cause de malformations congénitales. Aucun lien significatif n'a été fait entre antécédents de schizophrénie et mort à la naissance. Par contre, les résultats concernant les autres causes de mort à la naissance comprenant les blessures infligées à la mère et les causes liées à la pathologie maternelle montrent que les antécédents de pathologies mentales sont liés à un risque respectivement sept fois plus élevé et deux fois plus élevé de mort à la naissance.

Les résultats concernant 6646 décès néonataux montrent que 201 décès surviennent chez des enfants nés de mères atteintes de troubles psychiatriques. Le risque relatif de survenue de décès néonatal est élevé pour chaque cause et dans chaque groupe de mères atteintes de pathologies psychiatriques par rapport à la population générale, à une exception, les antécédents de schizophrénie ne sont pas liés au décès néonatal dû à l'anoxie ou à des lésions cérébrales. Cependant, les résultats montrent que par rapport à la population générale, des antécédents de dépendance aux substances sont liés à un risque trois fois plus élevé de décès néonatal par

anoxie ou lésion cérébrale ou à d'autres causes survenues pendant la période périnatale. Des antécédents de troubles de l'humeur maternels sont liés à un risque deux fois plus important de décès néonatal dû à une anoxie ou des lésions cérébrales, une malformation congénitale ou une autre cause de décès survenant pendant la période néonatale. Des antécédents de schizophrénie sont liés à un risque deux fois plus élevé de mort néonatale dû aux malformations congénitales.

Les nouveau-nés de mères atteintes de pathologies psychiatriques sont une population à risque de survenue de complications néonatales ou de décès. Ces enfants sont, dès la naissance, plus vulnérables que les autres et nécessitent donc une surveillance plus étroite. La pathologie maternelle peut aussi avoir des conséquences sur le développement de l'enfant. Il est important, dans la suite de notre travail d'explorer l'impact de telles pathologies sur la santé des enfants.

3.2. Troubles psychiatriques maternels : Retentissement sur le développement psychoaffectif de l'enfant et de l'adolescent

Les données actuelles montrent que les troubles psychiatriques maternels périnataux sont associés à un risque accru de troubles psychologiques et/ou développementaux chez l'enfant et l'adolescent (37). La pathologie mentale maternelle est souvent à l'origine de troubles des interactions entre une mère et son bébé (38). Or, la qualité de ces interactions est un pivot crucial du développement psychoaffectif des enfants, puisqu'il est le fondement de toutes les interactions que le nourrisson va pouvoir développer avec le monde environnant tout au long de son chemin développemental (39). De la qualité de ce lien dépend la qualité de l'attachement, le développement cognitif, les capacités de régulation des émotions et des relations sociales, ainsi que la santé physique du tout petit (39). En effet, la croissance et la maturation cérébrale du jeune enfant s'établissent en fonction de la construction de ces interactions (40).

3.2.1. Généralités

La qualité de l'attachement entre une mère et son nourrisson est considérée comme un bon indicateur de la qualité du lien mère-enfant. On peut définir l'attachement comme une stratégie utilisée par un enfant pour obtenir confort et sécurité. D'après

les travaux de John Bowlby (41) « *l'enfant naît social et se construit progressivement grâce aux relations qu'il établit avec les personnes qui l'entourent* ». L'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce. Il débute pendant la grossesse et se construit dans les trois premières années de la vie. Cet attachement influence la façon dont l'enfant établit ses liens sociaux et ce, tout au long de sa vie. L'attachement est un processus réciproque, nécessitant des interactions entre le tout petit et sa figure d'attachement (souvent la mère). La proximité avec l'enfant est primordiale, il va avoir des comportements qui vont favoriser ce lien : pleurs, contact visuel, sourire... La qualité de l'attachement va dépendre de la rapidité avec laquelle la figure d'attachement va pouvoir répondre à ses besoins. Bowlby définit le « caregiving » comme le versant parental de l'attachement. Il peut être traduit comme « celui qui apporte les soins ». Ce terme représente donc la capacité d'un individu à apporter des soins physiques et affectifs appropriés au tout petit.

Ainsworth (42) utilise la sensibilité ou l'insensibilité maternelle pour caractériser ce lien d'attachement. Les comportements maternels sont à la base de la « strange situation », une expérience permettant de définir la qualité de l'attachement entre une mère et son enfant. Cette expérience consiste à placer l'enfant dans différentes situations plus ou moins stressantes, en présence ou non de sa figure d'attachement (souvent la mère). De l'analyse de son comportement découle plusieurs types d'attachement. Le premier étant l'attachement « secure », l'enfant adopte alors un comportement qualifié de « normal », c'est le mode d'attachement le plus fréquent. Les autres modes d'attachement sont considérés comme pathologiques. Il existe l'attachement « insecure/évitant », l'enfant se montre peu enclin aux interactions, il est peu affecté par les situations de séparation et est dans l'évitement des contacts. Dans ce cas, la figure d'attachement se montre parfois rejetante et hostile envers l'enfant, les réponses à ses besoins lui sont souvent apportées avec indifférence. Le troisième type d'attachement est l'attachement « insecure/ Ambivalent résistant », l'enfant a des difficultés organisationnelles, il est constamment à la recherche de la présence de la figure d'attachement. Les temps de séparation sont vécus de manière douloureuse. Ceci est souvent en lien avec des réponses incohérentes ou imprévisibles de leur figure d'attachement. Enfin le dernier type d'attachement est

qualifié de « désorganisé/désorienté ». L'enfant peut présenter de la crainte envers la mère. Il alterne souvent entre des comportements d'hypervigilance et d'apathie. Ce type d'attachement est plus fréquemment corrélé aux psychopathologies parentales. Pour illustrer ces propos, les résultats de l'étude d'Hipwell et al. (43) montrent que les femmes ayant présenté un épisode maniaque en post partum ont un attachement secure avec leur nouveau né. Par contre, les femmes atteintes de dépression psychotique ont un attachement insecure.

Les troubles du développement chez l'enfant sont souvent évalués grâce à la « Child Behavior CheckList » (CBCL), cette échelle standardisée et validée recense 118 items permettant d'évaluer les troubles internalisés, externalisés et généraux retrouvés chez l'enfant de 4 à 16 ans. Il existe d'autres versions permettant d'évaluer ces troubles chez des enfants plus jeunes. Les troubles internalisés (émotionnels) regroupent tous les symptômes ou les diagnostics en lien avec la dépression et/ou l'anxiété, les plaintes somatiques et le repli sur soi, alors que les troubles externalisés (comportementaux) regroupent tous les symptômes ou diagnostics en lien avec les troubles du comportement, notamment les comportements de délinquance et l'agressivité. Il existe également deux sous-échelles de compétences sociales et de comportement permettant d'évaluer les problèmes sociaux, liés aux pensées ou à l'inattention.

Mantymaa et al. (39) ont publié une étude ayant pour objectif de tester si des difficultés d'interactions précoces entre la mère et son enfant avaient des conséquences sur le développement du tout petit. Cette étude est issue d'un projet international : « European Early Promotion Project » (EEPP), cinquante dyades ont été recrutées en consultation par des puéricultrices formées à la recherche de facteurs de risque psychosociaux familiaux. Lorsqu'une dyade « à risque » est incluse, l'infirmière propose à la dyade suivante « non à risque » de participer à l'étude. Les dyades ont été évaluées une première fois lorsque l'enfant était âgé de 4 à 10 semaines et une seconde fois à l'âge de 2 ans. Cette évaluation reposait sur un entretien semi structuré, construit pour l'EEPP mené par un pédopsychiatre, recueillant des informations sur l'enfant, les caractéristiques démographiques, l'enfance de la mère, les relations qu'elle avait avec ses propres parents, les

relations conjugales et les relations intrafamiliales. Une partie du questionnaire était dédié à la recherche de symptômes psychiatriques parentaux grâce à la « Structured Clinical Interview for DSM-III-R » (SCID). La « Child Behavior Checklist/2–3 » (CBCL) et la « Global Rating Scale for mother–infant interaction » permettaient l'évaluation des troubles internalisés (anxiété dépression et retrait précoce) externalisés (agressivité et comportement de destruction) et globaux chez l'enfant, ainsi que les troubles des interactions mère-enfants. Les résultats montraient que les troubles psychiatriques paternels étaient liés à des troubles internalisés chez l'enfant à l'âge de deux ans. Les troubles externalisés chez l'enfant étaient liés aux troubles psychiatriques paternels, aux antécédents psychiatriques maternels antérieurs à la grossesse et aux comportements intrusifs et/ou hostiles maternels. Rutter et al. (44) ont constaté que des difficultés peuvent persister à long terme dans une étude menée au sein de 137 familles composées de parents souffrant de troubles psychiatriques et d'au moins un enfant de moins de 15 ans. Leurs résultats montraient que les enfants de parents « malades » présentaient plus souvent des troubles du comportement ou des troubles émotionnels avant 15 ans que ceux issues de famille ou les parents n'étaient pas malades. La santé mentale des parents semble donc avoir un impact sur le développement de la santé mentale et physique de l'enfant depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte. Conell et al. (45) soulignent que ces conséquences seraient directement liées au type de pathologie présentée par le ou les parents puisque les symptômes parentaux sont susceptibles d'entraver plus spécifiquement l'attachement et/ou le développement psychoaffectif de l'enfant.

3.2.2. Troubles de l'humeur

a. Troubles bipolaires

❖ Génétique

En termes de risque pour l'enfant et bien avant l'installation des interactions, on ne peut ignorer la transmission des vulnérabilités génétiques. Les résultats d'une méta-analyse réalisée en 1997 (46) suggèrent que les enfants nés de parents souffrant de troubles de l'humeur auraient 2,7 fois plus de risque de présenter une pathologie

psychiatrique tous diagnostics confondus et 4 fois plus de risque de développer un troubles de l'humeur au cours de leur vie par rapport aux enfants issus de la population générale.

❖ Attachement

Doucette et al. (47) ont exploré le lien entre qualité de l'attachement, tempérament et survenue de pathologies psychiatriques dans un groupe de 221 enfants âgés de 7 à 20 ans issus de familles dont l'un des deux parents présentait un trouble bipolaire (enfant à haut risque) et comparés leurs données à celles de 63 enfants issus de la population générale. Ces enfants ont été identifiés grâce au recrutement d'un de leur parent atteint de troubles bipolaires dans le cadre d'une autre étude (48,49). Les enfants du groupe contrôle ont été recrutés dans les écoles d'Ottawa au Canada et étaient éligibles si les deux parents ne présentaient aucun antécédent psychiatrique. Ces deux groupes ont été évalués cliniquement par un psychiatre tous les ans pendant 16 ans. Le diagnostic de pathologie mentale chez les enfants et chez les parents était évalué grâce à la « Schedule for Affective Disorders-Life Version » (SADS-L/KSADS-L). La qualité de l'attachement et le tempérament, ont été évalués grâce à la « Early Adolescent temperament Scale » (EAS) et la « Inventory of Parent and Peer Attachment » (IPPA), auto-questionnaire permettant d'évaluer la qualité de l'attachement (à la mère, au père et aux paires). Les résultats de cette étude montraient que la qualité de l'attachement à la mère, au père ou aux paires n'était pas différente dans le groupe d'enfants à haut risque comparée au groupe contrôle. La qualité de l'attachement ne semblait pas liée à l'apparition de troubles psychiatriques dans le groupe d'enfants à haut risque. Par contre, la qualité de l'attachement à la mère était liée à l'apparition de troubles de l'humeur dans le groupe d'enfants à haut risque. Les résultats montraient également que l'émotivité augmentait de manière significative, le risque de développer une pathologie mentale et un trouble de l'humeur dans le groupe d'enfants à haut risque. Les auteurs concluaient donc qu'il n'existait pas d'anomalies flagrantes dans la qualité de l'attachement des enfants du groupe à haut risque comparé au groupe contrôle. L'émotivité semblait jouer un rôle important dans l'apparition de troubles dans le groupe à haut risque.

❖ Troubles émotionnels et troubles du comportement

Wals et al. (50) ont publié une étude en 2001 ayant pour objectif de déterminer la prévalence actuelle et vie entière de pathologies psychiatriques chez 140 enfants et adolescents âgés de 12 à 21 ans, nés de parents atteints de troubles bipolaires. Les auteurs ont inclus 86 parents atteints de troubles bipolaires recrutés en ambulatoire par l'intermédiaire de la « Dutch Association for Manic Depressives and Relatives » et par l'intermédiaire de psychiatres de neuf hôpitaux allemands entre novembre 1997 et mars 1999. Le diagnostic de troubles bipolaires chez les parents a été établi selon les critères de l'« International Diagnostic Checklists » (IDCL) et a été comparé au diagnostic posé selon les critères du DSM-IV par le psychiatre traitant de chaque patient. Les caractéristiques des enfants ont été évaluées grâce à : la « K-SADS-Present and Lifetime Version » (K-SADS-PL), questionnaire structuré pour rechercher des symptômes du DSM-IV actuels ou passés chez les enfants ou adolescents en interrogeant les parents et les enfants séparément. Les auteurs ont évalué l'apparition de troubles chez les enfants grâce à la CBCL, pour les enfants âgés de 4 à 18 ans, la « Youth Self-Report » (YSR) pour des enfants âgés de 11 à 18 ans et la « Teacher's Report Form » (TRF), échelle standardisée complétée par les professeurs de l'enfant âgé de 5 à 18 ans. Pour les jeunes adultes les auteurs ont évalué l'apparition de troubles psychiatriques grâce à des extensions des échelles standardisées citées précédemment (YASR et YABCL). Les résultats ont ensuite été comparés aux résultats d'une cohorte allemande d'enfants (témoins) pour les mêmes échelles. Les résultats des jeunes adultes ont été comparés à ceux d'une cohorte américaine pour les mêmes échelles.

Les résultats de cette étude montraient que les scores obtenus à la CBCL par les filles de parents atteints de troubles bipolaires étaient significativement plus élevés pour les problèmes généraux, les troubles internalisés, les troubles externalisés, les plaintes somatiques, l'anxiété/dépression, les problèmes dans les relations sociales, les comportements de délinquance ou agressif, comparés aux filles issues de la population générale allemande. Les fils de parents atteints de troubles bipolaires avaient également des scores significativement plus élevés concernant les problèmes généraux, les troubles externalisés, les troubles de la pensée et les

comportements agressifs, comparés aux fils issus de la population générale allemande.

Les résultats concernant la YSR montraient que les filles de parents atteints de troubles bipolaires âgées de moins de 19 ans ne présentaient pas de différence de scores par rapport aux filles issues de la population générale. Les fils de parents atteints de troubles bipolaires avaient des scores significativement plus faibles que les témoins en ce qui concerne les problèmes généraux, troubles dans les relations sociales, troubles attentionnels et dans les comportement de destruction ou les troubles de l'identité.

Les résultats issus de la YASR montraient que les filles de parents « malades » avaient des scores plus élevés concernant les troubles attentionnels que les filles issues de la population générale américaine. Les fils de parents « malades » avaient des scores plus bas concernant les troubles externalisés, les comportements d'inhibition, les troubles de la pensée et les comportements agressifs, comparés aux résultats des témoins.

Les résultats de la TRF montraient que les filles de parents « malades » avaient des scores significativement plus faibles dans les troubles de la pensée comparés aux témoins. Les fils de parents « malades » avaient des scores plus bas concernant les troubles des relations sociales que les témoins.

Selon les critères du DSM-IV l'apparition de troubles psychiatriques actuelle ou passée concernait 29% des enfants/adolescents pour au moins un diagnostic du DSM-IV au moment de l'étude, 14% présentaient les critères d'un trouble de l'humeur (vs 7,2% dans la population générale allemande (51)) et 3% ceux d'un trouble bipolaire. Trente huit pour cents des enfants/adolescents présentaient au moins un diagnostic du DSM-IV vie entière, 27% d'entre eux avait présenté des symptômes compatibles avec un trouble de l'humeur au cours de leur vie.

Les principaux résultats de cette étude montraient donc que les scores des échelles n'étaient pas ou étaient légèrement supérieurs dans la population d'enfant/adolescent de parents atteints de troubles bipolaires comparés aux résultats des témoins. La prévalence de troubles psychiatriques actuels était similaire à celle retrouvée en population générale en Allemagne (51). Mais, le risque de présenter un trouble affectif pour les enfants/adolescents de parents atteints de troubles bipolaires était légèrement plus élevé si on considère les résultats retrouvés à la CBCL

(anxiété/dépression et plaintes somatiques) chez les filles et les résultats de la K-SADS concernant les troubles de l'humeur.

❖ Troubles cognitifs

Pavlickova et al. (52) ont analysé les processus psychologiques, les cognitions négatives et hypomaniaques de 30 enfants âgés de 13 à 19 ans de parents souffrant de troubles bipolaires et ont comparé leurs résultats à ceux de 30 enfants du même âge, de parents « non malades ». Les parents souffrant de troubles bipolaires et ayant des enfants âgés de 13 à 19 ans, participant à des groupes d'entraide, des associations de patients ou connus des services de psychiatrie au pays de Galles et en Angleterre ont été inclus. Les témoins ont été identifiés dans la population de l'université de Bangor au Royaume-Unis. Les parents ont complété la SCID afin de confirmer le diagnostic de troubles bipolaires chez les parents "malades" et de s'assurer de l'absence d'antécédent psychiatrique chez les parents "non malades". Les enfants et les parents participant à l'étude ont passé deux échelles standardisées lors d'entretien (« Hamilton Rating Scale for Depression » et « Bech-Refaelson Mania Scale, Modified Version ») dans le but d'évaluer la présence de symptômes cliniques. Ils ont également complété sept questionnaires standardisés et validés permettant d'évaluer les cognitions lors du premier entretien :

- « the Self-Esteem Rating Scale – Short Form », explorant l'estime de soi,
- « the Revised Nolen-Hoeksema's Response Styles questionnaire », explorant les cognitions dépressives et les moyens mis en œuvre pour y faire face
- « the Domain- SpecificRisk-Taking » évaluant l'intention de prendre des risques dans cinq domaines différents
- « the Arnett Inventory of Sensation-Seeking » évaluant le désir de nouveauté et l'intensité des sensations ressenties
- « the Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire » évaluant les comportements d'inhibition et les attitudes qui en découlent
- « the 20-item Hypomanic Personality Scale » évaluant les caractéristiques liées à la personnalité hypomaniaque
- « the Abridged Hypomanic Attitudes and Positive Predictions Inventory » évaluant les cognitions hypomaniaques.

Les enfants et les parents des deux groupes ont également rempli « the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children/Present and Lifetime version » permettant la recherche de diagnostic actuel ou passé (vie entière).

Les résultats de cette étude concernant les sept échelles de cognitions montraient qu'il n'y avait aucune différence significative entre les enfants du groupe de parents « malades » et ceux du groupe témoins.

Les auteurs ont, dans un second temps, comparé les résultats des enfants « malades » (K-SADS) dans le groupe de parents « malades » avec les résultats des enfants « non malades » dans le groupe de parents « malades » puis avec les résultats des enfants du groupe de parents « non malades ». Les résultats de cette deuxième analyse montraient que les enfants « malades » et les enfants « non malades » de parents bipolaires présentaient significativement plus de symptômes de dépression que les enfants du groupe témoin. Les enfants « malades » présentaient significativement plus de symptômes de manie que les enfants du groupe contrôle. Les enfants du groupe « malades » présentaient significativement une moins bonne estime d'eux-mêmes et plus de comportements d'inhibition que les enfants du groupe « non malades » de parents atteints de troubles bipolaires et les enfants de parents « non malades ». Ces derniers présentaient significativement des scores plus élevés sur l'échelle du désir de nouveauté et d'intensité des sensations que les enfants nés de parents atteints de trouble bipolaire « malades » et « non malades ». Concernant les cognitions dépressives, il existait une différence minime mais significative entre les trois groupes, les enfants « malades » avaient tendance à avoir plus de cognitions dépressives que les enfants de parents bipolaires du groupe « non malades » et les témoins. Enfin, les enfants du groupe « malades » présentaient significativement plus de cognition hypomaniaque que les enfants du groupe « non malades » de parents atteints de bipolarité et que les témoins. Des troubles cognitifs chez les enfants de parents atteints de troubles bipolaires ont été retrouvés dans cette étude. Ces troubles semblaient être présents seulement chez les enfants de parents malades et présentant eux même des symptômes de troubles psychiatriques et/ou de troubles de l'humeur.

❖ Maltraitance

Concernant le risque de maltraitance, Moreno et al. (10) ont cherché à identifier les caractéristiques sociodémographiques, obstétricales et maternelles pouvant perturber le développement de l'enfant de femmes atteintes de troubles bipolaires. Les auteurs ont identifié dans une étude précédente les enfants à haut risque, nés de mères atteintes de troubles bipolaires. Ils ont inclus 34 femmes atteintes de troubles bipolaires de type 1, dans une unité spécialisée de l'hôpital universitaire de Sao Paulo et 106 femmes dans le groupe contrôle, souffrant de troubles psychiatriques modérés ou non malades, hospitalisées dans le service de gynécologie-obstétrique du même hôpital à Sao Paulo. Les diagnostics des patientes étaient définis grâce à la SCID. Pour être éligibles, ces femmes devaient être mères d'au moins un enfant âgé de 6 à 18 ans. Ces enfants ont ensuite été évalués à l'aide d'échelles standardisées, la K-SADS-PL afin d'objectiver la présence de troubles psychiatriques actuels ou passés et la CBCL afin d'évaluer les performances et le fonctionnement des enfants. Les expositions à la violence ont été évaluées grâce à la K-SADS-PL/PTSD, échelle ayant une partie consacrée à la présence/absence de violence domestique, aux abus physiques et aux abus sexuels. Les caractéristiques sociodémographiques des patientes ont été recueillies grâce à une base de données, la « Brazilian Association of Research Institut ». Les résultats de cette étude montraient que 33,3% des enfants de mères atteintes de troubles bipolaires étaient exposés à des violences physiques et/ou psychologiques à cause des symptômes que présentait leur mère, alors que cela est rare pour les enfants de parents ayant des troubles psychiatriques moins graves. Les résultats indiquaient également que ces enfants rapportaient plus souvent avoir subi des maltraitances physiques par rapport à ceux issus de la population générale (16,1% vs 1,9%). Pour Moreno et al. (10) l'impact de cet environnement « hostile » combiné à la vulnérabilité génétique, favorisera l'apparition de troubles bipolaires chez les enfants. De même, leur étude soulignait que les femmes « malades » vivaient moins fréquemment en couple, laissant plus souvent l'enfant seul face aux symptômes de la maladie de sa mère, aggravant le climat d'insécurité. Les résultats d'une étude de prévalence menée auprès de 446 jeunes patients souffrant de troubles bipolaires illustrent les propos de Moreno et al. : 20,6% des patients déclaraient avoir été

sexuellement ou physiquement abusés (53) alors que les résultats d'une étude épidémiologique menée chez plus de 20000 jeunes adultes américains montraient que 4,5% des personnes déclaraient avoir été abusés sexuellement (54). Les facteurs de risque en lien avec ces abus dans l'étude de Romero et al. (53) étaient, d'une part le fait de vivre dans une « famille non-intacte » et d'autre part, la présence d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur au premier degré (53).

b. Dépression anté et postnatale

La dépression périnatale est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents en post partum, il affecte entre 10 et 15% des mères (55) et il n'est pas rare d'observer des détériorations de la qualité des relations sociales chez ces patientes (56). Cet état peut être lié à l'apparition de troubles spécifiques chez leurs enfants. Les mères déprimées se montrent parfois distantes, insensibles et inadaptées dans les réponses émotionnelles apportées à leur nourrisson. Elles peuvent aussi être plus hostiles et intrusives, allant parfois jusqu'à la surstimulation de leur bébé (39). Ces enfants présenteraient alors plus fréquemment des comportements d'évitement, vocaliseraient moins et se montreraient plus en retrait que les autres (39).

❖ Attachement

Stein et al. (37) ont publié en 2014 une revue de la littérature ayant pour objectif de synthétiser les résultats d'études traitant de l'association entre pathologies psychiatriques parentales et retentissement sur le développement psychoaffectif et physique de l'enfant. D'après les auteurs (37), les symptômes de dépression maternelle anténatale sont associés à un attachement « insecure » de type « désorganisé », indépendamment des symptômes de dépression postnatale (57). De même, deux méta-analyses montrent que les symptômes de dépression postnatale maternels sont associés à une augmentation du risque d'attachement « insecure/désorganisé » entre la mère et son enfant (58,59). Hipwell et al. (43) ont étudié 82 dyades, composées de femmes atteintes de troubles psychiatriques hospitalisées avec leur enfant en UME et de femmes « non malades ». Ils les ont suivis durant la première année de vie de leur enfant et les interactions mère-enfant

ont été évaluées à 1 mois du post partum par la « Bethlem Mother–Infant Interaction Scale » et à 12 mois par la réalisation puis l'analyse de vidéos filmant les interactions mère-enfant. Les résultats de cette étude montraient que les enfants de mères souffrant de dépression unipolaire présentaient plus souvent un attachement de type insecure à l'âge de 12 mois que ceux de mères non atteintes de troubles psychiatriques périnataux.

❖ Troubles émotionnels et troubles du comportement

L'étude de Stein et al. (37) met en évidence plusieurs études longitudinales montrant que les symptômes maternels de dépression anténatale sont associés à un risque accru de troubles émotionnels chez l'enfant (60–62) et plus tard, à un risque accru de dépression chez l'adolescence et le jeune adulte (63,64). Ces études montrent également que les enfants exposés précocement aux symptômes de dépression postnatale maternelle ont un risque plus élevé de présenter des troubles émotionnels précoces et des troubles des comportements sociaux (65,66). D'après Stein et al. (37) les résultats des études longitudinales montrent aussi une association dans les différentes classes d'âge entre dépression maternelle postnatale et troubles internalisés, troubles des interactions sociales en âge scolaire et augmentation du risque de développer une dépression à l'adolescence. Concernant les troubles externalisés (Troubles Déficit Attentionnel avec ou sans Hyperactivité, Troubles Oppositionnel avec Provocation, Troubles des Conduites...) Stein et al.(37) soulignent que plusieurs études rapportent une association entre dépression anténatale et troubles externalisés chez les enfants (61,67–69). Une seule étude, comprenant un échantillon de petite taille, rapporte une association entre dépression anténatale maternelle et comportement antisocial à l'âge de 16 ans chez les enfants, indépendamment des symptômes de dépression postnatale maternels (70). Plusieurs études suggèrent que les symptômes de dépression postnatale maternels sont associés à des troubles externalisés chez l'enfant et particulièrement au TDAH chez les enfants âgés à 16 ans (68,71–73).

❖ Troubles cognitifs

L'étude de Sutter et al. (56) a évalué le lien entre symptômes dépressifs maternels post natal précoces (6 semaines après la naissance) et apparition de troubles cognitifs et/ou moteurs indépendamment de la présence de symptômes dépressifs maternels à plus long terme, chez des enfants de la naissance à l'âge de deux ans. Pour cela les auteurs ont inclu 515 femmes enceintes durant le dernier trimestre de leur grossesse puis ont évalué régulièrement les dyades entre 3 jours du post partum et 24 mois, à l'aide d'échelles standardisées pour les symptômes dépressifs maternels («Edinburgh Postnatal Depression Scale » (EPDS)) et les troubles du développement chez l'enfant (« Bayley Scales II »). Les résultats montrent que la sévérité des symptômes de dépression post-natale à six semaines était liée à un moins bon développement cognitif chez les enfants, mais que ce lien disparaissait lorsque l'on prenait en compte les symptômes dépressifs maternels au cours du suivi. Par contre, les résultats ne montraient pas de lien entre symptômes dépressifs postnatals maternels et développement moteur de l'enfant durant la période d'évaluation. A plus long terme, les résultats de Sharp et al. (74) trouvaient un lien entre symptômes dépressifs et développement cognitif chez des enfants âgés de 4 ans, nés de mères déprimées à la naissance. Les travaux de Hay et al. (75) poursuivaient les recherches menées par Sharp et al. (74) et ont montré, à l'âge de 11 ans, des effets des symptômes dépressifs maternels sur le développement des enfants exposés à trois mois du post partum. Les enfants semblaient avoir plus de troubles attentionnels et de difficultés en termes de raisonnement logique. Ils étaient plus nombreux à nécessiter des aides spécifiques dans les apprentissages. Par contre, les résultats de l'étude à 4 ans indiquaient que le QI performance était plus faible dans les deux sexes, chez les enfants exposés aux symptômes dépressifs maternels, alors que ceux du suivi à 11 ans indiquaient, un QI performance plus faible seulement chez les garçons exposés à la dépression maternelle trois mois après la naissance. Ces données suggèrent que les petits garçons exposés à la dépression maternelle seraient plus sévèrement impactés que les filles. L'ensemble de ces résultats restait significatifs lorsque le QI des parents et les caractéristiques sociodémographiques étaient pris en compte. Enfin, l'étude de Pearson et al.(64) évaluant l'apparition d'épisodes dépressifs à l'âge de 18 ans chez des enfants

exposés à la dépression anté et postnatale de leur mère au moment de la naissance au sein d'une cohorte populationnelle de 15247 enfants (en Angleterre, nés entre avril 1991 et décembre 1992), ont montré que les symptômes maternels de dépression anténatale étaient indépendamment liés à une augmentation d'un facteur 1,28 du risque de développer une dépression pour l'enfant à l'âge de 18 ans. Les symptômes maternels de dépression postnatale étaient également un facteur de risque chez les mères ayant un bas niveau d'éducation, entraînant une augmentation d'un facteur 1,26 le risque de développer une dépression à l'âge adulte pour leurs enfants. Là encore, la pathologie maternelle était susceptible d'entraîner de graves conséquences sur le développement de l'enfant, notamment lorsque l'exposition aux symptômes dépressifs était longue.

3.2.3. Troubles psychotiques

❖ Génétique

Depuis 1995 l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) reconnaît les enfants nés de mères psychotiques comme à « haut risque » développemental. Comme pour les troubles bipolaires, Cazas et al. (34) rappellent que le poids de la génétique est non négligeable chez les enfants nés de mères atteintes de schizophrénies. Le risque de développer une schizophrénie chez un apparenté du premier degré est de 10% (vs 1% dans la population générale). Ce chiffre va jusqu'à 30%-50% si l'enfant naît de deux parents souffrant de troubles psychotiques (34). Ces enfants seront également confrontés aux symptômes de leur mère et/ou de leur père tout au long de leur développement, ce qui peut conduire à l'apparition de troubles.

❖ Attachement

Cazas et al. (34) écrivent : « *le bébé, être de relation, être sociable, doit, pour son développement, établir des liens affectifs forts et signifiants avec sa mère (...) mais la mère « psychotique » peut être en difficultés pour exercer sa fonction parentale, qu'on pourrait définir par la perception des besoins de l'enfant à chaque moment de son âge.* ». Les auteurs rappellent que bien souvent l'environnement de ces enfants

pèse lourd sur leurs vies, *« ils appartiennent souvent à un système familial perturbé, ou la communication est paradoxale, soupçonneuse, insignifiante. Ils vivent dans l'incertitude, la peur, l'incohérence et la violence de parents parfois persécutés ; dans une famille repliée sur elle-même. Ils connaissent la solitude et la marginalisation »*. L'étude de Wan et al. (76) avait pour objectif d'évaluer les difficultés en termes d'interaction dans une population de mères atteintes de schizophrénie. Pour cela les auteurs ont étudié 13 patientes atteintes de schizophrénie et ont comparé leurs observations avec celles faites chez 15 patientes atteintes de troubles bipolaires. Les résultats de cette étude montraient que les interactions, chez les dyades dont les mères présentaient une schizophrénie étaient de moins bonnes qualités par rapport aux témoins. Les mères atteintes de schizophrénie se montraient moins expressives et les réponses émotionnelles apportées au bébé de moins bonne qualité, indépendamment de la sévérité de la maladie ou des différences sociodémographiques retrouvées entre les patientes. Ces résultats viennent confirmer ceux de Snellen et al. (77) dans une étude ayant pour objectif d'analyser les interactions mère-enfant chez des mères souffrant de schizophrénie. Pour cela, les auteurs ont inclus 15 patientes atteintes de schizophrénie et hospitalisées avec leur bébé dans une UME à Austin aux Etats-Unis en 1999. Ils ont évalué la qualité des interactions dans la dyade à l'aide d'échelles standardisées comme la BMIS et la « Infant/Caregiver Behavioural Scale » (ICBS) et ont trouvé que les scores des échelles étaient moins bons en termes d'interaction, lorsque la mère présentait des symptômes positifs florides à l'entrée ou des symptômes négatifs à la sortie. Les mères avaient tendance à ne pas répondre aux signaux de leur bébé, à ne pas les stimuler, à être inattentives et à ne pas exprimer d'affects positifs ou même, à se montrer hostiles. Ces résultats indiquaient également que les troubles des interactions s'amélioraient au cours de la prise en charge parallèlement à l'amélioration de la symptomatologie psychotique maternelle. En conclusion, la pathologie psychiatrique maternelle entraîne, dans le cas où la mère souffre de schizophrénie, des conséquences importantes sur la vie des enfants, Cazas et al. (34) précisent dans leurs travaux que plus de la moitié des enfants de mères atteintes de schizophrénie sera élevée entièrement ou partiellement par d'autres : *« l'enfant aura des parents qui lui ont donné la vie, et d'autres qui l'aideront à vivre »*.

❖ Troubles émotionnels et troubles du comportement

Malhotra et al. (78) examinent les effets de l'environnement psychosocial sur les enfants nés de mères atteintes de schizophrénie. Les auteurs ont inclus 30 femmes atteintes de schizophrénie et leur enfant âgé de 5 à 16 ans parmi les patientes ambulatoires de « l'Institute of Human Behavior and Allied Sciences », hôpital psychiatrique de New-Delhi. Le groupe contrôle est constitué des infirmières et/ou de personnel travaillant à l'hôpital et de leur famille. Les femmes atteintes de schizophrénie, les femmes du groupe contrôle, leur enfant et leur conjoint ont été interrogés lors d'entretiens individuels. La sévérité de la maladie chez les femmes atteintes de schizophrénie a été évaluée grâce à la « Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia » (PANSS), la recherche de troubles chez le conjoint a été menée grâce à la « General Health Questionnaire-12 » (GHQ), les conjoints ont été interrogés à propos de l'environnement familial grâce à la « Parent Interview Schedule » (PIS) et les enfants ont été évalués grâce à la CBCL et la « Mini International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents » (MINI-KID).

Les résultats de cette étude montraient que les enfants de mères atteintes de schizophrénie avaient des scores à la CBCL de troubles internalisés, externalisés et globaux significativement plus élevés que les témoins. De plus, 6,6% des enfants dans le groupe « cas » présentaient une pathologie de l'axe I d'après les résultats de la MINI-KID contre aucun chez les enfants du groupe contrôle. Les enfants de mères atteintes de schizophrénie avaient des scores plus élevés de troubles dans les relations intrafamiliales, de troubles psychiatriques chez un parent, de relations intrafamiliales inadaptées et de mauvaise qualité de l'éducation comparés aux témoins.

Les résultats de la PANSS étaient significativement corrélés aux difficultés relationnelles intra familiales. Les troubles des relations intrafamiliales, la pathologie psychiatrique ou le handicap chez les personnes en charge de l'enfant étaient corrélés aux symptômes positifs, négatifs et globaux de la PANSS. Une communication intrafamiliale inadaptée et les difficultés d'éducation étaient significativement corrélées aux symptômes négatifs et généraux de la PANSS et les

événements de vie de survenue brutale étaient corrélés aux symptômes généraux de la PANSS.

Les troubles internalisés, externalisés et généraux de la CBCL étaient corrélés aux situations psychosociales inappropriées chez les enfants de mères atteintes de schizophrénie. Les relations intrafamiliales de mauvaise qualité, la pathologie psychiatrique ou le handicap chez les personnes en charge de l'enfant, une éducation de mauvaise qualité et un environnement proche inadapté étaient corrélés de manière significative à des scores élevés de la CBCL.

Les résultats de cette étude montraient donc que les symptômes maternels de schizophrénie entraînent des troubles du développement chez l'enfant, ayant un impact non négligeable sur l'expression de ses émotions (troubles internalisés de la CBCL) et sur son comportement (troubles externalisés de la CBCL), mais aussi que l'environnement psychosocial défaillant entraîne des troubles du développement chez l'enfant.

❖ Troubles cognitifs

Yoshida et al. (79) écrivent que l'environnement établi par une mère atteinte de schizophrénie contribue aux troubles du développement observés chez leurs enfants. Le but de leur étude était d'évaluer l'impact du diagnostic de schizophrénie chez la mère, des facteurs obstétricaux et du style de vie sur le développement cognitif de leur enfant dans la première année de vie. Pour cela les auteurs ont évalué 19 enfants de mères atteintes de schizophrénie, 34 enfants de mères atteintes de dépression sans caractéristiques psychotiques, 29 enfants de mères atteintes de trouble schizoaffectif et 24 enfants de mères « non malades » grâce à la « Bayley Scales of Infant Development » à deux et sept mois. Les résultats de cette étude montraient qu'à deux mois les enfants de mères atteintes de schizophrénie et ceux de mères atteintes de trouble schizoaffectif avaient des scores de développement cognitif moins bons que les contrôles. De même, à sept mois, les résultats suggéraient que les enfants de mères atteintes de schizophrénie avaient un développement cognitif moins bon que tous les autres groupes.

❖ Maltraitance

Walsh et al. (80) examinent le lien entre antécédents de troubles psychiatriques chez les parents et abus physiques et/ou sexuels chez les enfants au sein d'une population de 8548 personnes issues de la population générale de l'Ontario aux États-Unis. Les données sur les abus subis dans l'enfance et/ou l'adolescence ont été recueillies grâce à la « Child Maltreatment History Self-Report » (CMHSR). Les antécédents de troubles psychiatriques chez les parents ont été recueillis grâce à une version modifiée d'un questionnaire paru dans une étude plus ancienne : la « NIMH ECA surveys » (Eaton & Kessler, 1985). Plusieurs catégories diagnostiques ont été identifiées : dépression, troubles bipolaires, schizophrénie, troubles du comportement et autres. Les résultats de cette étude montraient que 25% des participants auraient subi des abus physiques, 8% des abus sexuels et 29% des abus physiques et/ou sexuels. Dix neuf pourcent des participants rapportaient au moins un antécédent de troubles psychiatriques chez au moins un des deux parents. Les troubles psychiatriques chez les parents, toutes catégories, étaient liés à un risque plus élevé d'abus physiques ou sexuels chez les enfants. De même, l'association avec la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie chez les parents était similaire pour les abus physiques et sexuels chez les enfants. Environ 40% des participants ayant au moins un de deux parents atteint de schizophrénie déclaraient avoir subi des abus physiques dans l'enfance et/ou l'adolescence et 16% déclaraient avoir subi des abus sexuels. Le risque d'avoir subi des abus physiques et/ou sexuels était multiplié par 2 dans ce sous groupe.

3.2.4. Troubles de la personnalité

❖ Génétique

Une revue de la littérature de Stepp et al. (81) a été publiée en 2012 à propos des aspects de la parentalité pouvant participer à expliquer la transmission de vulnérabilités psychosociales chez des mères atteintes de troubles de la personnalité borderline et leur enfant de la petite enfance à l'adolescence. D'après Stepp et al. (81) il existe des preuves d'une transmission transgénérationnelle du trouble de la

personnalité. Les résultats des études montrent que les taux de troubles de la personnalité ou de traits de personnalité pathologique chez les apparentés du premier degré sont 4 à 20 fois plus élevés que dans la population générale (82,83). Les études de jumeaux vont dans le sens d'une transmission génétique du trouble de la personnalité. Distel et al. (84), dans une étude multicentrique ayant pour objectif d'évaluer la transmission génétique du trouble de la personnalité dans une population de 5496 jumeaux âgés de 18 à 86 ans en Belgique, aux Pays Bas et en Australie, montrent qu'il existe une héritabilité estimée à 42% pour le trouble de la personnalité dans cette population. Le modèle d'interaction gène-environnement montre l'influence de l'environnement social unique sur la modulation de l'expression génétique et le développement de pathologie pour chaque individu (85), l'environnement des enfants de mères atteintes de troubles de la personnalité joue un rôle primordial dans l'apparition des troubles.

❖ Attachement

Stepp et al. (81) citent les travaux publiés en 2003 par Crandel et al. (86), chez des enfants âgés de 2 mois qui montrent qu'il existe des comportements de retrait dans cette population de bébés. Lors de l'épreuve du « Still face », une épreuve standardisée où la mère adopte, pendant quelques secondes un visage neutre et sans affect, les enfants de mères borderline ont plus de « regard évitant » ou « d'air hagard » que les témoins. Les résultats indiquent également que ces mères se montrent plus intrusives ou insensibles. Stepp et al. (81) citent également les travaux de Hobson et al. (87) incluant en 2005 un groupe d'enfants âgés de 12 mois de mères atteintes de troubles de la personnalité, qui montraient que 80% d'entre eux présentaient des troubles de l'attachement : face à un étranger, ils avaient des comportements plus hostiles, ils présentaient plus de comportements désorganisés, leurs émotions étaient moins bien contrôlées et ils adressaient beaucoup moins de regards considérés comme « positifs » à leur mère par rapport à ceux issus de la population générale. De même, leurs résultats montraient que, lors d'une « strange situation » issue des travaux de Ainsworth (42), le comportement de ces enfants correspondait fréquemment à ceux de la catégorie : « désorganisés ». Selon les travaux de Newman et al. (88) en 2007, chez des enfants âgés de 3 à 36 mois, les

résultats montraient que ces derniers étaient souvent moins attentifs, moins intéressés et moins enclins à interagir avec leur mère comparés aux enfants issus de la population générale. Avec Stepp et al. (81) nous pouvons suggérer que les troubles des interactions cités sont susceptibles d'avoir des conséquences délétères sur le développement et les compétences psychosociales des enfants. Les résultats de plusieurs autres études montrent que les difficultés de régulation émotionnelle précoces sont en lien avec des problèmes de régulation des émotions plus tard (89).

❖ Troubles émotionnels, troubles du comportement et troubles cognitifs

D'après Stepp et al. (81) les enfants en âge scolaire et les adolescents de mères atteintes de troubles de la personnalité sont à risque de développer des troubles internalisés (émotionnels) et externalisés (comportementaux). En 1995, Feldman et al. (90) ont pour objectif d'évaluer l'apparition de troubles psychiatriques chez 21 enfants âgés de 4 à 18 ans issus de famille où la mère est atteinte de troubles de la personnalité, grâce à des échelles standardisées et validées comme : la « Revised Diagnostic Interview for Borderline », la « Family Trauma and Resilience Interview » et la « Family Satisfaction Scale ». Les résultats de cette étude montrent que les enfants nés de mères atteintes de troubles de la personnalité présentent plus de symptômes de troubles de la personnalité eux-mêmes durant l'enfance, de troubles de l'attention et/ou d'hyperactivité (TDAH) et d'autres troubles du comportement, comparés aux enfants du groupe contrôle. Abela et al. (91) ont étudié le lien entre attachement « insécure » et risque de dépression chez des enfants nés de parents atteints de dépression et ont analysé les données d'un sous-groupe de 15 enfants âgés de 6 à 14 ans nés de mères atteintes de dépression et de troubles de la personnalité et comparé leurs résultats à ceux de 87 enfants nés de mères déprimées non comorbides. Les résultats de cette étude montrent que les enfants de mères atteintes des deux troubles présentent plus de symptômes de dépression et ont 7 fois plus de risques de développer au moins un épisode dépressif dans cette tranche d'âge. Ces enfants présentent également plus de troubles cognitifs comme des cognitions négatives, des ruminations négatives, des attitudes dysfonctionnelles, plus d'autocritique, d'attachement « insécure » et de besoin de réassurance, comparés aux témoins. De même, Barnow et al. (82) ont étudié les caractéristiques

individuelles, les expériences familiales et l'apparition de troubles psychiatriques chez 23 adolescents âgés de 11 à 18 ans de mères atteintes de troubles de la personnalité borderline et ont comparé leurs résultats à ceux d'enfants de mères atteintes de dépression, d'autres troubles de la personnalité ou « non malades » . Les résultats de cette étude montrent que les enfants de mères souffrant de trouble borderline présentaient plus de troubles de l'attention, de troubles du comportement de délinquance, ou d'agressivité que les adolescents de mères « non malades ». Ce même groupe d'adolescents présentaient plus de symptômes d'anxiété, de symptômes de dépression et de faible estime d'eux-mêmes que les adolescents de mères atteintes de dépression, d'autres types de troubles de la personnalité ou que les contrôles. Enfin, Herr et al. (92) ont étudié 815 mères atteintes de troubles de la personnalité borderline et leurs enfants âgés de 15 ans issus d'une base de données commune pour évaluer le lien entre symptômes maternels et relations interpersonnelles, cognitions d'attachement et symptômes dépressifs chez l'enfant grâce à plusieurs échelles standardisées comme, la « Beck Depression Inventory », la « chronic stress interview », la « Self-Perception Profile for Adolescents ». Les résultats de cette étude montrent qu'il existe une association significative entre symptômes de troubles de la personnalité borderline maternels et mauvais résultats psychosociaux chez l'enfant comme, une mauvaise perception sociale, plus d'attachement « insécure » en général, plus de stress dans la relation mère-enfant et plus de comportements maternels hostiles. Stepp et al. (81) suggérèrent donc que de l'enfance à l'adolescence, les troubles de la personnalité maternels ont des conséquences sur le développement émotionnel, comportemental et cognitif de l'enfant.

❖ Maltraitance

Dans l'étude de Walsh et al. (80), détaillée précédemment, les résultats montrent que les comportements antisociaux chez au moins un des deux parents sont significativement liés aux abus physiques et/ou sexuels chez les enfants, le risque étant multiplié par 6 pour les abus physiques et par 4 pour les abus sexuels. Bandelow et al. (93) comparent les événements traumatiques survenus dans l'enfance de 66 patients atteints de troubles de la personnalité borderline et de 109

témoins à l'aide d'un questionnaire rétrospectif comprenant 203 questions portant sur les traumatismes dans l'enfance, le comportement des parents, les antécédents de troubles psychiatriques familiaux et les facteurs de risque à la naissance. Les résultats de cette étude montrent que la fréquence de survenue d'événements traumatiques pendant l'enfance et la sévérité des traumatismes sont significativement supérieures chez les patients comparés aux témoins, incluant les abus sexuels, les violences, la séparation parentale et les maladies infantiles. Seulement 6% des patients vs 61% des témoins déclarent ne pas avoir subis de traumatismes durant l'enfance. Les patients rapportent plus fréquemment des comportements parentaux inappropriés et plus d'antécédents de troubles psychiatriques familiaux. Les enfants de mères atteintes de troubles de la personnalité semblent donc plus exposés aux abus et négligences que ceux issus de la population générale.

3.2.5. Troubles anxieux

Kaitz et al.(94) ont publié en 2010 une étude ayant pour objectif d'évaluer l'association entre troubles anxieux maternels, interactions mère-enfant et régulation émotionnelle des enfants en situation stressante (« still-face » et jeux avec un étranger). Les auteurs ont inclus 34 dyades composées de mères anxieuses et de leur bébé âgé de 6 mois et ont comparé leurs résultats à ceux de 59 dyades issues de la population générale. Les données ont été analysées à partir de vidéos réalisées dans différentes situations « stressantes » pour le nourrisson. Les résultats de cette étude montrent que les mères « anxieuses » présentent plus de comportements exagérés envers leur enfant, probablement en lien avec les symptômes d'anxiété. Les enfants présentaient eux, moins de comportements « négatifs » au cours de situation de stress que ceux de la population générale. En d'autres termes, ils présentaient plus de comportements d'inhibition, ce qui est susceptible d'avoir un impact sur les relations sociales en général. Les résultats de l'étude de Shreier et al. (95) montrent que les enfants nés de mères anxieuses sont plus à risque que les témoins, de développer un trouble anxieux. Ce risque est particulièrement lié au diagnostic de phobie sociale et de troubles anxieux généralisés chez la mère, ainsi qu'à la sévérité des pathologies maternelles.

Le premier risque auquel est exposé un nouveau-né est non évaluable et non « modifiable » en l'état actuel des connaissances, il s'agit du poids de la génétique. Par contre, les symptômes de la maladie maternelle, entraînent souvent des troubles du développement voire des comportements de négligence et/ou de maltraitance pour ces enfants. Il semble alors nécessaire de pouvoir proposer un accompagnement particulier à ces dyades pour limiter l'apparition de tels troubles. Dans ce contexte, les UME peuvent, parmi d'autres systèmes de soins conjoints, accompagner les mères atteintes de pathologies mentales et leur nourrisson, et participer à définir et à mettre en place l'étayage nécessaire et suffisant afin de prévenir et/ou de traiter les troubles chez l'enfant et/ou de pouvoir intervenir en termes de protection le plus précocement possible auprès de ces dyades.

4. Le rôle des Unités Mère-Enfant : évaluation du lien mère enfant

Autrefois, les mères atteintes de troubles mentaux étaient séparées de leur enfant juste après l'accouchement. Les raisons évoquées étaient leur « dangerosité potentielle ». A cette époque, la société considérait que ces femmes n'étaient pas en mesure de s'occuper de leur bébé (3). Il est vrai que les symptômes d'une pathologie mentale maternelle sont susceptibles de favoriser l'apparition de troubles du développement et de l'attachement chez les enfants. Cependant dès 1958, Main décrit les « dangers de la séparation mère-enfant » (96). Pourtant, il est primordial de pouvoir évaluer de manière concrète l'impact qu'une pathologie maternelle peut avoir sur le développement de l'enfant et d'évaluer les capacités d'une mère en difficultés du fait de sa maladie à s'occuper de son enfant. Le rôle des équipes soignantes dans les UME consiste à évaluer la qualité du lien mère-enfant chez des femmes atteintes de troubles psychiatriques (97).

4.1. Les unités mère-enfant

4.1.1. Rappels historiques

Les découvertes concernant « *la clinique du développement du bébé* », et la meilleure connaissances de la clinique de l'adulte ont contribué au changement dans la manière de traiter et d'accompagner les femmes nouvellement mères

atteintes de troubles mentaux (2). Dans la première moitié du XXI^{ème} siècle, quelques hospitalisations conjointes mère-bébé ont été rapportées en Angleterre, en France et aux Etats-Unis. En 1961, Racamier et al. (98) constataient que la prise en charge de quelques femmes hospitalisées avec leur bébé se déroulait mieux que celles des femmes séparées de leur enfant. Ainsi les auteurs suggéraient d'ouvrir des unités spécialisées conjointement avec les obstétriciens. Le concept « d'Unité Mère-Enfant » (UME) est issu de ces travaux. Dans les années 1940 apparaissent, en Angleterre, les premières UME. Les psychiatres avaient remarqué que les femmes atteintes de troubles psychotiques hospitalisées avec leur bébé avaient des durées d'hospitalisation moins longues et rechutaient moins souvent par la suite que les femmes hospitalisées sans leur enfant (99). En 1985, l'Angleterre et le Pays de Galles comptaient 150 lits « mère-bébé » pour 1200 hospitalisations par an (2). En 2011, le « National Perinatal health Project Report » dénombrait 19 UME au Royaume-Unis.

Il faudra attendre les années 1950 pour voir apparaître en France les premières hospitalisations conjointes en psychiatrie. Ce n'est qu'en 1979, à Créteil, que s'ouvrent trois « lits » de mères atteintes de troubles mentaux et trois berceaux. Dans les années 1980, d'autres unités s'ouvrent près de Paris (99). En 2005, on dénombrait 60 lits « mère-enfant » répartis dans 17 unités sur le territoire français (2). Ce n'est que très récemment que les recommandations de bonnes pratiques citent en première intention l'hospitalisation dans les UME pour certaines situations. Par exemple, en 2007 le “ National Institute of Clinical Health and Excellence guideline GC 45 for England and Wales” recommandait que les femmes ayant besoin de soins psychiatriques avec un nourrisson de moins de 12 mois soient prises en charge au sein d'une UME (99).

4.1.2. Indications d'une hospitalisation en UME

En France une UME se définit par la présence de plusieurs critères. Le premier étant d'apporter des soins aux femmes souffrant de troubles psychiatriques tout en assurant des liens d'attachement de qualités avec leur bébé (99). Le second, exige que ces unités soient dotées d'équipes pluridisciplinaires, et le troisième, qu'elles proposent un cadre sécurisant pour les dyades hospitalisées (99). L'objectif des UME

n'est pas de maintenir à tout prix l'enfant auprès de sa mère, mais plutôt de travailler sur le lien qui les unit afin de poser des bases solides à leur relation. Lorsque la séparation est absolument nécessaire pour assurer la sécurité de l'enfant, une hospitalisation en UME peut permettre de prendre le temps de trouver le meilleur type d'accompagnement possible et permettre à la mère d'accepter la situation (100).

Concernant les modalités d'admission, la plupart des demandes proviennent du réseau de soin en psychiatrie (101). Les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les sages femmes, les services sociaux ou judiciaires adressent également des patientes. En France seulement 3% des admissions proviennent de demandes des services sociaux (102). Deux types de situations peuvent être distingués (2) :

- Les situations prévues ou prévisibles où la patiente est déjà connue des réseaux de soins et/ou des services sociaux, soit parce qu'elle souffre d'une pathologie mentale chronique, soit parce qu'elle a un/des antécédents d'épisodes psychiatriques en post partum pouvant faire craindre l'apparition de troubles de la relation mère-enfant après la naissance (2).
- Les situations non prévues correspondant aux épisodes de décompensation psychiatrique aiguës survenant au décours de l'accouchement ou il est possible d'observer de graves dysfonctionnements dans l'interaction entre la mère et son bébé. L'hospitalisation en UME permet alors de traiter la mère tout en travaillant sur le lien mère enfant (2).

4.1.3. Modalité d'accueil et méthodes de travail dans les UME

Il existe des unités de jour et des unités accueillant les dyades à temps complet. Ces deux structures ont les mêmes rôles et les mêmes objectifs, avec des équipes similaires (99). L'unité mère-enfant de Bordeaux, est composée d'une unité d'hospitalisation à temps complet, comptant 5 lits « mère-bébé » et 5 lits destinés aux femmes enceintes. Cette unité se trouve au sein du pôle universitaire de psychiatrie adulte G05G06 sur le site de l'hôpital psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux. Il existe également une unité d'hôpital de jour, située en dehors de

l'hôpital Charles Perrens, sur le site de la maternité du CHU de Bordeaux. Ici, comme dans d'autres villes, l'unité n'accueille pas le père/partenaire en hospitalisation avec la dyade, seules les unités de Marseille en France et Ottignies en Belgique proposent ce type de prise en charge. Par contre, beaucoup plus de structures incluent le père/partenaire dans le soin en hôpital de jour ou dans les projets d'accompagnement à long terme. Pourtant, un certain nombre de ces hommes souffrent de pathologies mentales également. En Allemagne, il existe des programmes recherchant systématiquement une pathologie chez le partenaire, l'objectif étant de mettre en place par la suite des réseaux de soutien pour la famille au complet. En effet, la santé mentale du père/partenaire contribue à la stabilité des relations établies dans la famille et peut favoriser l'apparition de troubles chez les enfants indépendamment de la pathologie maternelle (99). Pour finir, la sortie d'hospitalisation complète ne signifie pas « arrêt des soins », la poursuite du suivi est indispensable afin de permettre le maintien de la stabilité clinique et éviter les rechutes (99) chez la mère. Le travail en UME ne peut se concevoir sans la collaboration des services médicosociaux d'amont et d'aval. Il est primordial de connaître et de collaborer avec les différents partenaires en lien avec la dyade. La sortie de l'unité se prépare dès l'admission et « *Il est important de situer la place et la fonction des intervenants actuels ou potentiels (sages-femmes, puéricultrices, médecins de PMI, travailleurs sociaux, secteur judiciaire...) afin d'assurer une continuité cohérente dans la prise en charge* » (2).

a. Soins apportés à la mère

Nezelof et al. (2) dressent une liste « *des modalités concrètes de travail en UME* » en France. Tout d'abord, les auteurs parlent des soins apportés à la mère, dont l'état clinique nécessite parfois la prescription de traitements psychotropes ainsi que leur surveillance. Ils précisent également que les prises en charge en psychothérapie individuelle sont nécessaires et permettent « *d'éclairer la conflictualité des processus en lien avec la maternité* ». De même, dans certaines unités, des groupes de mères sont organisés, cela permet « *de favoriser l'inscription et la reconnaissance sociale* » de ces patientes, souvent en difficulté, dans les liens avec leur enfant mais aussi dans leurs rapports sociaux en général. Il existe un accompagnement important de

l'équipe dans les soins apportés au bébé dans les moments où la mère n'est pas en mesure de le faire (101).

b. Soins apportés au bébé

Concernant les soins apportés aux enfants, « *il s'agit d'assurer une protection, une contenance et une continuité dans l'attention tant psychique que somatique portée au bébé* »(2). Les outils sont multiples et reposent sur diverses techniques d'observation variables selon les unités (méthode dérivée de l'observation d'Esther Bick, enregistrement vidéoscopé, grilles d'évaluation...). Une étude récente analyse l'évolution positive des interactions mère-bébé dans un groupe de patientes traitées par l'utilisation du rétrocontrôle vidéo (38). Cette technique est centrée sur le fait d'observer et repérer les « signaux » envoyés par le nourrisson. Ainsi la mère apprend à reconnaître les besoins de son bébé et s'installe entre eux un dialogue de qualité (2). L'équipe de l'UME accompagne les soins primaires de puériculture (biberon, bain, coucher, « simples » jeux interactifs...), il ne s'agit pas de faire « à la place » de la mère (sauf dans les situations de grande déstructuration psychique), mais plutôt d'aider la mère à prendre sa place « en faisant avec elle » pour qu'elle puisse trouver la bonne distance entre elle et son bébé (2).

4.2. Evaluation des « compétences maternelles »

Traditionnellement, le rôle des unités mère-enfant en psychiatrie était de traiter les épisodes aigus du post partum sans séparer la mère de l'enfant (97). De plus en plus fréquemment ces unités spécialisées ont été sollicitées pour évaluer la qualité du lien mère-enfant. Les résultats d'Howard et al. (103) montrent que plus de la moitié des femmes atteintes de troubles psychotiques quitte l'UME sans accompagnement spécifique. Cependant près de 14% sortent sans leur enfant et 30% auraient besoin d'une prise en charge par les services sociaux. Nous allons détailler dans ce chapitre les moyens à disposition de ces équipes spécialisées pour évaluer la qualité du lien, évaluer les compétences maternelles et déterminer les dyades nécessitant un accompagnement par les services sociaux.

4.2.1. La «Marcé database» et la « Marcé checklist»

La « Marce database » est une base de données développée au Royaume-Uni, regroupant des informations concernant toutes les admissions consécutives des patientes hospitalisées avec leur bébé, dans une UME du Pays. Les équipes soignantes des centres ayant participé (n=18) ont rempli la « Marcé check list », un hétéro-questionnaire regroupant des informations sur la mère et l'enfant ainsi que les observations de l'équipe soignante au moment de l'admission et de la sortie de la dyade. Toutes ces informations sont anonymisées (104). La « Marcé check list » est donc composée de dix parties et est complétée en deux temps:

- La première partie concerne les caractéristiques démographiques maternelles, les antécédents psychiatriques maternels et les motifs d'admission de la dyade.
- La seconde partie est dédiée aux symptômes présentés par la mère, au diagnostic principal maternel, au traitement ainsi qu'à l'évolution clinique de la mère au cours de l'hospitalisation. Cette partie est complétée au moment de la sortie.

Cette base de données regroupe des informations concernant 1255 cas à ce jour et constitue un outil très intéressant pour l'étude des populations hospitalisées en UME dans les études Anglo-Saxonnes (103). Il existe une version Française de la « Marce checklist » faisant référence dans les études Françaises et Belges (105) . Cette version inclue de nouveaux éléments comme les antécédents traumatiques des parents vécus dans l'enfance et/ou l'adolescence, les caractéristiques sociodémographiques du père/partenaire, les antécédents psychiatriques paternels et davantage de détails concernant la pathologie maternelle et les traitements prescrits.

4.2.2. Evaluation des « compétences maternelles »

L'évaluation de la qualité du lien mère-enfant se traduit par l'évaluation des compétences maternelles dans la plupart des études internationales, françaises et belges. Les informations tirées de la « Marcé check list » (version anglaise ou

française) sont combinées à l'analyse de vidéos filmant les interactions entre la mère et son bébé. De cette combinaison sont tirés trois grands axes permettant, de manière standardisée, d'évaluer les compétences maternelles. La plupart des études anglo-saxonnes et françaises, évaluant les compétences maternelles, se basent sur ces critères :

- L'évaluation de la capacité de la mère à apporter des soins adaptés à son bébé.
- L'évaluation de la capacité de la mère à apporter une réponse émotionnelle adaptée à son bébé.
- L'évaluation des comportements maternels mettant en danger l'enfant.

Ces trois grands axes sont souvent combinés, dans les études, à un quatrième critère comme « la sortie avec ou sans prise en charge par les services sociaux », ou encore « l'évolution favorable ou non de la pathologie maternelle au cours de l'hospitalisation ».

4.3. Troubles mentaux et « compétences maternelles » : études anglo-saxonnes

4.3.1. Les travaux de Salmon et al. (2003)

L'étude de Salmon et al. (106) avait pour objectif de déterminer les caractéristiques cliniques et les compétences maternelles en fonction du diagnostic maternel dans une population de femmes atteintes de pathologies psychiatriques hospitalisées en UME et de déterminer les facteurs en lien avec de mauvaises compétences maternelles. Les informations cliniques et démographiques ont été recueillies à partir de la « Marcé checklist » entre 1994 et 2000 et concernaient 1081 dyades hospitalisées dans 8 UMB au Royaume-Uni. Les quatre critères permettant de juger des compétences maternelles étaient :

- la capacité de la mère à apporter des soins adaptés à son bébé
- la capacité de la mère à apporter une réponse émotionnelle adaptée à son bébé
- les comportements maternels mettant en danger l'enfant
- l'évolution clinique des symptômes maternels au cours de l'hospitalisation

Les résultats de cette étude montraient que 224 femmes souffraient de schizophrénie, 155 de troubles de l'humeur et 409 de dépression « non psychotique » selon les critères de la CIM-10. La plupart des mères admises avec leur bébé présentaient une évolution clinique satisfaisante et ne présentaient pas de difficultés en termes de « compétences maternelles », 78% des femmes montraient une évolution clinique favorable et 80% d'entre elles ne montraient pas de difficultés sur les trois indicateurs de « compétences maternelles ».

Les résultats de cette étude montraient que :

- Un diagnostic maternel actuel de schizophrénie ou de troubles du comportement était en lien avec de faibles résultats sur les quatre indicateurs.
- Un bas niveau socio-économique (sans emploi, peu qualifié ou non qualifié) était en lien avec une mauvaise évolution clinique chez la mère, une faible capacité à apporter des soins appropriés au bébé et une faible capacité à apporter une réponse émotionnelle adaptée au bébé.
- La présence d'un trouble psychiatrique chez le partenaire de la patiente était associée à une faible capacité à apporter des soins et une réponse émotionnelle adaptée au bébé et à un risque de mise en danger de l'enfant.
- L'absence de relation de qualité avec le partenaire était liée à une mauvaise évolution clinique chez la mère et à une faible capacité à apporter une réponse émotionnelle adaptée à l'enfant.
- L'absence de bonnes relations avec l'entourage autre que le partenaire était liée à une faible capacité à apporter des soins adaptés à l'enfant.

Les résultats de cette étude indiquaient également que sur ces quatre indicateurs : 17% des femmes présentaient de faibles résultats sur au moins un indicateur, 8% avaient de faibles résultats sur deux d'entre eux, 6% sur trois et 3% sur les quatre. Parmi celles ayant de mauvais résultats sur les quatre indicateurs, 66% des patientes souffraient de schizophrénie et parmi celles ayant de mauvais résultats sur trois des indicateurs, 65% souffraient de schizophrénie. Ces résultats confirmaient ceux de l'étude de Kumar et al. (107) rapportant que chez des femmes admises en UMB, les mères atteintes de schizophrénie avaient des résultats plus faibles en

termes de « compétences maternelles » par rapport aux femmes atteintes d'autres pathologies psychiatriques.

Pour conclure, il semble que la plupart des femmes admises en UME avec leur bébé voient leur état clinique s'améliorer au cours de l'hospitalisation. La majorité d'entre elles quittent l'hôpital sans aucun problème en termes de « compétences maternelles ». Cependant pour un tiers d'entre elles, il existe des difficultés, le diagnostic de schizophrénie ou de troubles du comportement, un faible niveau socioéconomique, une pathologie chez le père/partenaire, de mauvaises relations avec le père/partenaire et de mauvaises relations avec l'entourage semblent liés à de faibles « compétences maternelles ».

4.3.2. Les travaux d'Howard et al. (2004)

En 2004, Howard et al. (103) faisaient deux hypothèses, la première étant qu'un faible niveau socioéconomique, l'absence du père de l'enfant, l'appartenance à une minorité ethnique et le diagnostic maternel de schizophrénie étaient associés à un risque augmenté de prise en charge de la dyade par les services sociaux à l'issue d'une hospitalisation en UME. La seconde hypothèse étant que ces quatre variables étaient également liées à de faibles « compétences maternelles ». L'objectif principal de cette étude cas-témoin était de décrire les caractéristiques cliniques et sociales de mères souffrant de troubles psychotiques, hospitalisées en UME et de comparer les données des femmes atteintes de troubles psychotiques, avec de faibles « compétences maternelles » à celles de femmes souffrant du même type de pathologie mais ne présentant pas de difficultés particulières en termes de « compétences maternelles ».

La population d'intérêt était composée de 527 femmes atteintes de troubles psychotiques, incluant les femmes atteintes de troubles de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques, issues de la « Marce database » en avril 2001 au Royaume-Uni. Les « cas » étaient les femmes atteintes de troubles psychotiques, quittant l'UME avec leur enfant et bénéficiant d'une prise en charge par les services sociaux ou séparées de leur enfant. Les « témoins » étaient les femmes atteintes de troubles psychotiques, quittant l'UME sans prise en charge par les services sociaux.

Les données étaient recueillies grâce à la « Marce checklist ». Un petit poids de naissance, la prématurité, l'hospitalisation dans une unité de soin pédiatrique et les autres complications néonatales ont été inclus dans la catégorie « complications néonatales ». Les indicateurs de faibles « compétences maternelles » étaient :

- la prise en charge ou non de la dyade par les services sociaux à la sortie
- la faible capacité de la mère à apporter des soins adaptés à son bébé
- la faible capacité de la mère à apporter une réponse émotionnelle adaptée à son bébé
- les comportements maternels mettant en danger l'enfant.

Les résultats montraient que 46,9% des patientes souffraient de schizophrénie, 33,6% de troubles bipolaires et 19,5% d'épisode dépressif majeur. Soixante-dix pourcent des dyades sortaient de l'unité sans aucune prise en charge par les services sociaux et 30% des dyades sortaient avec un accompagnement par les services sociaux ou séparées. Les femmes atteintes de pathologies chroniques et celles adressées initialement dans le but d'évaluer leurs compétences maternelles, sortaient plus fréquemment avec une prise en charge par les services sociaux, 40% des femmes atteintes de pathologies chroniques sortaient avec un accompagnement vs 17% des femmes atteintes de troubles « aigus » et 13% de celles présentant une rechute d'un épisode aigu.

a. Impact du diagnostic

Le diagnostic de schizophrénie était significativement lié à un risque plus important de prise en charge par les services sociaux et de mauvais résultats de « compétences maternelles » sur les trois critères. Le diagnostic de troubles bipolaires était significativement lié à un risque de prise en charge de la dyade par les services sociaux à la sortie de l'UME mais pas à de faibles résultats sur les trois critères de « compétences maternelles ». Les femmes atteintes d'épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques avaient de meilleurs résultats sur les quatre critères comparées aux femmes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles bipolaires. Les symptômes psychotiques positifs n'étaient liés à aucun des quatre indicateurs de « compétences maternelles ». Enfin, les femmes présentant

des troubles du comportement obtenaient de moins bons résultats concernant « la réponse émotionnelle » et « le risque de mise en danger de l'enfant ».

b. Autres facteurs

La présence de « complications néonatales » était significativement associée aux difficultés dans la réalisation des soins à l'enfant ainsi qu'au risque de mise en danger de celui-ci. Un faible niveau social était associé à un risque de prise en charge de la dyade par les services sociaux, de faible capacité à prendre soin de l'enfant et de faible capacité à apporter une réponse émotionnelle adaptée à l'enfant. L'absence du père de l'enfant était également un facteur de risque de prise en charge par les services sociaux. L'absence de relation sociale de qualité était liée au risque de prise en charge par les services sociaux et de faible capacité d'apporter une réponse émotionnelle adaptée à l'enfant. Pour finir, la présence d'une pathologie psychiatrique chez le partenaire de la patiente était liée à de faibles résultats pour les quatre indicateurs et l'appartenance à une minorité ethnique était liée au risque de mise en danger pour l'enfant seulement.

Pour conclure, 30% des femmes atteintes de troubles psychotiques sortent d'hospitalisation avec une prise en charge par les services sociaux et 14% sont séparées de leur enfant. Le diagnostic de schizophrénie est lié à de faibles « compétences maternelles » et à un risque plus élevé de prise en charge par les services sociaux. Il s'agit donc probablement d'un sous-groupe de patiente nécessitant un accompagnement particulier.

4.3.3. Les travaux d'Abel et al. (2005)

L'objectif de cette étude (13) était d'évaluer la prévalence des difficultés parentales dans une population de femmes atteintes de schizophrénie et d'identifier les variables indépendamment liées aux « compétences maternelles » dans cette population de femmes. Cette étude était menée grâce aux données issues de la "Marcé database". Les données d'un groupe de 239 patientes souffrant de schizophrénie ont été comparées aux données d'un groupe contrôle composé de

693 femmes souffrant de troubles de l'humeur. Les difficultés en termes de « compétences maternelles » ont été évaluées grâce à quatre critères :

- la prise en charge de la dyade par les services sociaux à la sortie
- la faible capacité de la mère à apporter des soins adaptés à son bébé
- la faible capacité de la mère à apporter une réponse émotionnelle adaptée à son bébé
- les comportements maternels mettant en danger l'enfant

Les résultats de cette étude concernant la prévalence de faibles « compétences maternelles » dans une population de femmes atteintes de schizophrénie montraient que seulement la moitié de ces femmes quittait l'unité sans aucune prise en charge par les services sociaux, alors que la grande majorité des femmes atteintes de troubles de l'humeur sortait sans accompagnement (91% des femmes souffrant de dépression unipolaire et 80% des femmes souffrant de troubles bipolaires). Le risque de sortir avec une prise en charge des services sociaux était 5 fois plus élevé chez les patientes souffrant de schizophrénie par rapport à celles atteintes de dépression unipolaire et 2,5 fois plus élevé par rapport à celles atteintes de troubles bipolaires. Les résultats montraient qu'environ la moitié des femmes souffrant de schizophrénie avait de faibles résultats sur au moins un critère de « compétences maternelles », contre 1/5 des femmes atteintes de dépression ou de troubles bipolaires. Pour 43% des femmes atteintes de schizophrénie, les difficultés de réponses émotionnelles adaptées au bébé étaient au premier plan, 36% d'entre elles avaient des difficultés à prendre soin du nouveau-né et 20% avaient des comportements mettant en danger l'enfant. Les résultats indiquaient également que 25% des femmes atteintes de schizophrénie étaient séparées de leur enfant à la sortie contre 6% des femmes atteintes de troubles de l'humeur.

Les résultats de l'analyse univariée montraient que les facteurs de risque indépendamment liés à la prise en charge par les services sociaux à la sortie de l'unité étaient :

- Le début précoce de la maladie
- Le faible niveau socio-économique

- Ne pas être en couple ou vivre seule
- Les troubles psychiatriques chez le partenaire
- Les relations de mauvaise qualité avec le partenaire / ne pas avoir de partenaire

Les résultats de l'analyse multivariée montraient que les facteurs de risque indépendamment liés à la prise en charge par les services sociaux à la sortie de l'unité étaient :

- Le faible niveau socio-économique
- Les troubles psychiatriques chez le partenaire
- Les relations de mauvaise qualité avec le partenaire / ne pas avoir de partenaire
- Les relations de mauvaise qualité avec l'entourage

Les résultats concernant la prévalence de faibles « compétences maternelles » stratifiée en facteur de risque vs protecteur montraient que chez les femmes atteintes de schizophrénie ayant un haut niveau socio-économique, des relations de qualités avec leurs partenaires et l'absence de pathologie chez celui-ci, avaient un risque de « faibles compétences maternelles » nettement diminué par rapport aux autres femmes atteintes de schizophrénie.

Pour conclure, le travail en UME permet l'évaluation de la qualité du lien mère-enfant, mais aussi et peut être surtout, l'évaluation des « compétences maternelles ». Nous avons pu voir qu'il existait des facteurs de risque de faibles « compétences maternelles », comme le diagnostic maternel, un faible niveau socioéconomique, l'absence du père ou d'un réseau social de qualité. Il est important de connaître et de pouvoir identifier ces facteurs de risque car une mère en difficultés pour répondre aux besoins de son enfant est une mère vulnérable, à laquelle une prise en charge par les services sociaux pourra, voire devra, être proposée. Lorsque le comportement de la mère entraîne un véritable danger physique et/ou développemental pour l'enfant, une séparation peut être envisagée.

5. Troubles mentaux maternels et séparation mère enfant : facteurs de risque maternels

Nous avons pu constater précédemment que les femmes atteintes de troubles psychiatriques présentent plus fréquemment des difficultés dans l'exercice de leur parentalité. Ces difficultés sont à l'origine de perturbations du lien mère-enfant et de troubles de l'attachement. Nous avons également constaté que les troubles de l'attachement peuvent conduire à de graves conséquences sur le développement de l'enfant. Parfois, aux termes de l'évaluation des « compétences maternelles » effectuée en UME, l'équipe peut être amenée à proposer un accompagnement de la dyade par les services sociaux et les réseaux de soins en psychiatrie périnatale et en pédopsychiatrie afin de prévenir ou au moins de minimiser l'apparition de troubles chez l'enfant. Ces prises en charge vont du simple accueil chez une assistante maternelle quelques heures par semaines à la séparation complète de la mère et de son enfant avec quelques heures de visite médiatisées par mois. Les enfants nés de mères souffrant de troubles psychiatriques ont plus de risque d'être placés (108). Rappelons qu'une mesure de placement d'un enfant est toujours une mesure de protection. Cette séparation est décidée dans son intérêt supérieur et dans le but de le protéger de situations instables pouvant le mettre en danger (44). La suite de notre travail va s'attacher à définir les facteurs de risque de séparation mère-enfant.

5.1. Facteurs de risque de prise en charge de la dyade par les services sociaux

L'évaluation par l'équipe de l'UME permet entre autre l'évaluation des « compétences maternelles ». Lorsqu'une mère a des difficultés à adapter les soins ou la réponse émotionnelle aux besoins de son enfant ou lorsqu'elle le met en danger, l'équipe peut, voir doit lui proposer un accompagnement au delà du temps de l'hospitalisation. Cet accompagnement est organisé par les services sociaux. En France, c'est le Conseil Départemental, par le biais de la protection administrative qui propose et met en place des mesures de protection de l'enfant lorsque les parents donnent leur accord. Lorsque les parents s'opposent aux mesures proposées il est possible de leur imposer, toujours dans l'intérêt de l'enfant par l'intervention du Juge des Enfants. Rappelons que les mesures de protection administratives ou judiciaires ne concernent pas seulement les placements de l'enfant. Il est important de pouvoir

identifier les dyades à risque de prise en charge par les services sociaux de manière globale pour ensuite déterminer, dans cette population, celles à risque d'être séparées.

Les résultats des travaux de Hipwell et Kumar (109) montraient que le seul facteur prédictif de prise en charge par les services sociaux des dyades hospitalisées en UME était le diagnostic maternel (troubles psychotiques). L'étude d'Howard et al. (111) concernant le plus grand nombre de dyade, avait pour objectif principal d'identifier tous les facteurs prédictifs de faibles « compétences parentales » conduisant à la mise en place d'une prise en charge par les services sociaux, chez des mères hospitalisées en UME. Il s'agissait d'une étude cas témoins. Les données concernant 1255 dyades étaient analysées à partir des informations de la « Marce database » en avril 2001. Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des femmes sorties avec une prise en charge par les services sociaux ou séparées de leur bébé étaient comparées à celles des femmes sorties avec leur bébé sans prise en charge. Les résultats de ce travail montraient que 23% des dyades sortaient de l'unité avec une prise en charge par les services sociaux. Les mères adressées au départ pour « évaluation des compétences maternelles » (58%) et celles atteintes de pathologies chroniques (31%) sortaient plus fréquemment avec un accompagnement. Les résultats indiquaient que les femmes souffrant de schizophrénie ou de troubles de la personnalité étaient respectivement 6 fois et 12 fois plus à risque de sortir avec une prise en charge par les services sociaux comparativement aux témoins, de même que celles présentant des troubles du comportement et des mises en danger de l'enfant. Concernant les autres facteurs de risque, les résultats montraient que le niveau social, l'absence du père de l'enfant, la présence d'une pathologie psychiatrique chez le compagnon, les troubles du comportement chez la mère et les mises en danger de l'enfant par la mère étaient indépendamment liés au risque de prise en charge par les services sociaux à la sortie de l'UME.

5.2. Facteurs de risque de séparation mère enfant : études anglo-saxonnes

Les résultats de l'étude de Kumar et al. (107) menée au sein d'une série de 100 femmes admises en UME montraient que 50% des patientes souffrant de schizophrénie vs 10% de patientes souffrant de troubles bipolaires, étaient séparées de leur enfant à l'issue de l'hospitalisation. De même, les résultats de l'étude d'Abel et al. (13) menée chez 1153 femmes atteintes de troubles psychiatriques issues de la « Marcé database », indiquaient qu'environ $\frac{1}{4}$ des patientes atteintes de schizophrénie étaient séparées de leurs enfant à la sortie d'hospitalisation, contre seulement 6% des patientes souffrant de troubles de l'humeur. L'étude de Whithmore et al. (112) publiée en 2011 a évalué la prévalence de prises en charges par les services sociaux et de séparation mère-enfant à l'issue d'une hospitalisation en UME. Les données analysées étaient issues de la « Marcé database » et ne concernait qu'un sous-échantillon de femmes hospitalisées sur une période de 10 ans, dans une des UME (n=462). Les résultats de ce travail montraient que 31,6% des femmes sortaient de l'unité avec une forme de prise en charge par les services sociaux et 9,5% d'entre elles étaient séparées de leur enfant à la sortie. Parmi celles prises en charge par les services sociaux à la sortie, 38,6% avaient un diagnostic de schizophrénie, 27,3% souffraient de dépression, 13,6% de troubles de la personnalité et 11,4% de troubles bipolaires. Par contre, parmi celles séparées de leur enfant 43% souffraient de troubles de la personnalité et 16,3% de schizophrénie. Les résultats montraient également que les femmes plus jeunes, l'absence du père de l'enfant, les femmes connues des services sociaux ou du système de soins et les femmes hospitalisées sans consentement, étaient significativement plus à risque d'être prise en charge par les services sociaux et d'être séparées de leur enfant à la sortie. Enfin, les résultats suggéraient que de faibles « compétences maternelles », la présence de troubles du comportement, une relation de mauvaise qualité avec le partenaire ainsi qu'un mésusage d'alcool et de toxiques constituaient également des facteurs de risque de séparation mère enfant.

Pour conclure, les femmes atteintes de schizophrénie, de trouble de la personnalité, ayant un faible niveau sociaux économique, ou ayant un entourage peu étayant avec parfois un conjoint malade lui aussi, constituent des sous-groupes de femmes à

risque de prise en charge par les services sociaux mais aussi de séparation mère enfant. Toutes ces études ont été menées principalement au Royaume-Uni. Les résultats de l'étude de Howard et al. (111) suggéraient que les taux de sorties des dyades avec prise en charge par les services sociaux variaient de 9 à 30% selon l'unité concernée. En d'autres termes, les pratiques de chaque équipe et les décisions de séparation mère-enfant étaient différentes d'une unité à l'autre. Le système de protection de l'enfance en vigueur dans les pays anglo-saxons ne peut pas être assimilé à celui que nous connaissons en France. Il est donc primordial d'analyser le résultat des études françaises et belges concernant les facteurs de risque de séparation.

5.3. Facteurs de risque de séparation mère-enfant : étude franco-belge unicentrique

L'étude de Poinso et al. (100) avait pour objectif de déterminer les caractéristiques des mères séparées de celles qui ne l'étaient pas au sein d'une même UME à Marseille. Pour cela, les auteurs ont analysé 92 dossiers de femmes hospitalisées consécutivement sur une période de huit ans (1991-1998). Cette étude a été menée de façon prospective, au sein d'une unité de semaine pouvant accueillir quatre dyades au maximum et ayant la particularité d'accueillir les pères/partenaires.

Les résultats de cette étude montraient que 23% des dyades étaient « séparées » à la fin de la prise en charge en UME. L'impact du diagnostic était encore une fois au premier plan, puisque 75% des femmes souffrant de schizophrénie étaient séparées de leur enfant contre 25% des femmes atteintes de troubles de la personnalité type borderline et 6% des femmes atteintes de troubles de l'humeur. De même, la plupart des séparations survenaient chez des mères souffrant de troubles chroniques : sur 11 femmes hospitalisées initialement pour « épisode aigu du post partum » seulement 2 ont été séparées de leur enfant à la sortie. Ces deux patientes, même après un traitement satisfaisant, présentaient des symptômes résiduels et cet épisode était considéré comme un mode d'entrée dans la schizophrénie. Parmi, les femmes atteintes de schizophrénie beaucoup n'étaient pas en mesure de vivre avec leur enfant et de l'élever dans de bonnes conditions (12 femmes sur 16). Les quatre patientes atteintes de schizophrénie sorties avec leur bébé vivaient avec le père de

leur enfant, leur situation était stable et le père avait souvent une structure de personnalité rigide mais néanmoins une bonne adaptation sociale.

5.4. Facteurs de risque de séparation mère-enfant : études franco-belges multicentriques, les travaux de Glangeaud-Freudenthal et al.

La première étude multicentrique française est celle de Glangeaud-Freudenthal et al. (113) publiée en 2004 ayant pour objectif d'analyser les données collectées grâce à la version française de la « Marcé checklist » entre 1999 et 2000 dans 11 UME françaises et belges (n=176). L'un des objectifs de l'étude était de déterminer les caractéristiques des mères hospitalisées et d'analyser l'évolution de leur état clinique et le mode de sortie à la fin de leur hospitalisation.

Les résultats de cette étude montraient que dans 65% des cas l'état clinique de la mère s'améliorait, dans 20% des cas l'amélioration était partielle et dans 14% des cas il n'y avait aucune évolution, voir l'état clinique de la mère se dégradait. Les difficultés à apporter une réponse adaptée au nouveau-né et les risques de mise en danger de l'enfant s'observaient plus fréquemment chez des mères atteintes de schizophrénie, de déficience mentale ou de troubles de la personnalité. Enfin, aux termes de la prise en charge en UME, 85% des dyades quittaient l'unité conjointement. Ce mode de sortie incluait les dyades avec une forme de prises en charge par les services sociaux mais non séparées. Vingt six enfants (25%) ont été séparés de leur mère à la sortie, 15 ont été placés dans une institution, 8 chez un membre de la famille et 3 dans une famille d'accueil. Parmi ces dyades séparées, 12 mères souffraient de schizophrénie et 9 étaient atteintes de troubles de la personnalité ou de déficience mentale.

Glangeaud et al. (102) ont publié en 2013 la suite de cette première étude multicentrique menée en France et en Belgique, incluant cette fois 1018 femmes (869 en France et 149 en Belgique) hospitalisées sur les 13 UMB que comptaient ces deux pays entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 décembre 2007. L'objectif de cette étude était de rechercher les facteurs de risque de séparation mère-enfant parmi ces dyades. Les données de l'étude ont été recueillies grâce à la version française de la « Marcé checklist ». Les données concernant la sortie « légale » de l'enfant ont été

recueillies grâce à un questionnaire spécialement construit pour l'étude. Ce questionnaire séparait la population d'intérêt en deux groupes : « sortie sans séparation » et « sortie avec séparation ». Les dyades sorties « non séparées » étaient celles sorties : en sortie simple, ou avec une prise en charge organisé par le Conseil Départemental (ASE) ou avec une prise en charge ordonnée par le Juge des enfants mais sans séparation complétée. Les dyades « séparées » étaient celles sorties avec une mesure de séparation complète décidée par le Juge des enfants.

Les auteurs incluait dans leurs analyses plusieurs variables indépendantes :

- Complications néonatales et infantiles : naissance prématurée, poids de naissance faible (<2500g), transfert en unité de néonatalogie, hospitalisation dans le premier mois de vie
- Caractéristiques sociales et démographiques de la mère : âge, statut marital et statut socio économique
- Antécédents maternels de placement dans l'enfance ou l'adolescence
- Qualité relationnelle avec l'entourage
- Diagnostic de la pathologie maternelle
- Diagnostic d'une éventuelle pathologie du partenaire, ou du père de l'enfant

Les résultats de cette étude montraient que, près de 65% des dyades sortaient en « sortie simple », 9% étaient prises en charge par le service de l'ASE et 11% étaient prises en charge après une décision de justice. La séparation mère enfant était constatée dans 15% des cas, qu'il s'agisse d'une mesure administrative ou de justice.

Les facteurs de risque de séparation mère-enfant retrouvés dans l'analyse univariée étaient :

- les complications d'ordre médical néonatales et infantiles.
- les caractéristiques démographiques maternelles (être jeune, absence de revenu fixe, ne pas vivre avec un conjoint, et avoir un statut socio économique faible)

- Absence de relations sociales de qualité.
- Pathologies psychiatriques chez les deux parents. Particulièrement souffrir de schizophrénie. Le diagnostic le plus retrouvé chez le père étant les troubles du comportement.
- Antécédents maternels de placement dans l'enfance ou l'adolescence

Les facteurs de risque de séparation mère-enfant dans l'analyse multivariée étaient :

- les complications néonatales
- diagnostic de schizophrénie ou de troubles psychotiques (non affectif) chez les parents. Les résultats indiquaient que les enfants nés de pères souffrant de troubles de la personnalité ou du comportement avaient 4 fois plus de risque d'être séparés de leur mère.
- l'absence de relations sociales de qualité
- un statut socio économique faible
- le statut professionnel maternel, les femmes recevant une pension d'invalidité étaient 5 fois plus nombreuses à être séparées de leur enfant que celles ayant un emploi.

Le rôle des unités mères enfant est de pouvoir apporter un environnement sécurisant et stable à l'enfant, de travailler autour du lien mère-enfant, et de rechercher les facteurs de risque pouvant mettre l'enfant en danger. Les derniers résultats présentés sont des nouveaux éléments importants à rechercher lors de l'admission de dyades en UME.

Pour conclure, les femmes atteintes de pathologies mentales sont plus fréquemment mères. Même si ce rôle est primordial dans leur vie et qu'il leur permet d'être plus attentives aux risques de rechutes et de déstabilisation de leur trouble, elles restent néanmoins potentiellement vulnérables. Parfois, les troubles psychiatriques maternels peuvent avoir un retentissement important sur le plan développemental et de la sécurité de l'enfant. Le système de protection de l'enfance, en France, permet d'accompagner les parents en difficultés dans l'exercice de leur fonction et ce dans l'intérêt supérieur de l'enfant. Lorsqu'il s'agit de mères atteintes de troubles mentaux, le travail en UME permet, très précocement une évaluation de la qualité du lien

mère-enfant et l'identification de situations à risque conduisant à la mise en place d'accompagnements individualisés de la dyade au delà du temps de l'hospitalisation. Dans certaines situations, il est parfois nécessaire de proposer une séparation complète de la dyade. Ainsi, la connaissance des facteurs de risque de séparation mère-enfant permet d'identifier très tôt les situations à risques. Cette évaluation semble nécessaire afin de limiter au maximum l'apparition de troubles chez l'enfant et permettre de préparer plus précocement une séparation lorsque la situation l'exige.

Partie II

Etude Personnelle

Les enfants dont les parents, et notamment les mères présentent des troubles psychiatriques périnataux, sont potentiellement vulnérables sur le plan de leur sécurité physique mais également développementale. Dans cette perspective développementale, le travail en UME prend tout son sens. L'évaluation de la qualité du lien mère-enfant, des « compétences maternelles » et l'étude de l'environnement de la dyade qui peuvent y être proposés ouvrent sur une vision objectivée de l'environnement psychoaffectif de l'enfant, permettant aux équipes de proposer des orientations de soin et d'accompagnement pour l'avenir de ces dyades. Parfois, devant la gravité des troubles et/ou les carences environnementales, une proposition de séparation de la mère et de son enfant est la seule issue possible pour préserver la sécurité développementale de l'enfant. Ainsi, la connaissance des facteurs de risque maternels de séparation mère-enfant est primordiale pour les équipes travaillant en UME. Dans ce contexte, les objectifs de notre étude sont (i) de comparer les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales des mères et les caractéristiques néonatales de leurs enfants pour lesquelles une demande de séparation de la dyade a été faite à l'issue de l'hospitalisation, à celles des dyades sorties sans demande de placement et (ii) d'identifier les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales indépendamment associées à la demande de séparation de la dyade à l'issue de la prise en charge.

1. Matériel et méthode

1.1. Recueil de données et critères d'inclusion

Les données de l'étude ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers médicaux des patientes hospitalisées à temps complet, en post-partum entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2013, au sein de l'Unité Mère-Enfant du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux. Les données ont été recueillies principalement grâce aux dossiers médicaux informatisés des patientes en place à l'hôpital Charles Perrens depuis 2010. Certaines informations ne figuraient pas dans ces dossiers, notamment celles des patientes hospitalisées avant 2010. Nous avons donc recherché ces données

dans les comptes-rendus médicaux enregistrés sur le serveur de l'hôpital et dans les dossiers « papiers » archivés. Pour être incluses, les femmes devaient présenter les critères suivants : (i) être âgées de 18 ans ou plus, (ii) être hospitalisées de manière conjointe avec leur enfant âgé de moins d'un an.

1.2. Définition des variables

1.2.1. Variables indépendantes

a. Caractéristiques sociodémographiques maternelles et infantiles

L'âge de la mère et de l'enfant (catégorisé en inférieur à 6 mois vs supérieur à 6 mois) au moment de l'admission, le sexe de l'enfant (masculin vs féminin) et la parité (multipare vs primipare) ont été recueillis. Le statut conjugal a été catégorisé de la manière suivante: « seule » (femme célibataire, divorcée ou séparée, ou veuve) vs « en couple » (mariage ou concubinage). Le statut résidentiel a été catégorisé en « dépendant », (habite chez ses parents ou chez d'autres membres de sa famille, habite chez des personnes n'appartenant pas à sa famille, foyer, SDF) vs « indépendant » (logement indépendant, seul ou en couple). Enfin, le statut professionnel a été catégorisé en « bas » (travail en milieu protégé, chômage, invalidité, RSA, AAH, femme au foyer) vs « haut » (travail en milieu normal, étudiante).

b. Antécédents psychiatriques et environnement social

L'âge de la mère au moment de la première hospitalisation en psychiatrie a été recueilli. Le diagnostic principal de la mère selon la Classification Internationale des maladies (CIM10, 2008) a été regroupé selon les catégories suivantes:

- (i) Troubles bipolaires, épisode maniaque et épisode dépressif bipolaire pour les diagnostics F30 F31
- (ii) Episode dépressif unipolaire ou épisode dépressif récurrents pour les diagnostics F32 et F33 et autres troubles de l'humeur pour les diagnostics F34 et F38 F39

- (iii) Schizophrénie ou Troubles schizo-affectif ou autres troubles psychotiques non affectif pour les diagnostics F20-F22, F24, F25 et F28-F29 et troubles psychotiques aigus ou transitoires pour le diagnostic F23
- (iv) Troubles graves de la personnalité ou troubles du comportement pour les diagnostics F60-F69
- (v) Troubles anxieux et troubles névrotiques pour les diagnostics F40-F48
- (vi) Retard mental pour les diagnostics F70-F79
- (vii) Troubles de l'alimentation pour les diagnostics F50
- (viii) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives pour les diagnostics F10-F19

Les informations concernant le mode d'hospitalisation de la mère ont été catégorisées en « soins psychiatriques à la demande d'un tiers » vs « hospitalisation libre ». De même, les antécédents psychiatriques personnels ont été catégorisés en « non », aucun antécédent d'hospitalisation en psychiatrie/aucun antécédent de suivi par un psychiatre vs « oui », au moins un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie chez la mère ou un antécédent de suivi par un psychiatre. La durée de l'hospitalisation actuelle dans l'unité a été catégorisée car il y avait trop d'écart entre la médiane et la moyenne, la médiane (42 jours) a été choisie comme limite pour diviser cette variable en deux catégories : hospitalisation « courte », moins de 42 jours d'hospitalisation vs hospitalisation « longue », 42 jours ou plus d'hospitalisation. L'hospitalisation en service de psychiatrie pendant la grossesse actuelle a été catégorisée en « non », pas d'hospitalisation pour motif psychiatrique pendant la grossesse vs « oui », hospitalisation pour motif psychiatrie pendant la grossesse.

Les antécédents psychiatriques familiaux, ont été catégorisés en « non », absence d'antécédents psychiatriques familiaux vs « oui » présence d'antécédents psychiatriques familiaux. L'environnement social de la mère a été évalué par le statut résidentiel et catégorisé en « déficient » (femmes étant SDF ou vivant en foyer de réadaptation, d'hébergement ou occupationnel) vs « satisfaisant » (vivant dans un logement indépendant seules ou en couple, vivant chez les parents ou chez d'autres membres de la famille ou vivant chez des personnes n'appartenant pas à sa famille). D'autre part, le soutien apporté par le père de l'enfant a été catégorisé en

« inexistant » (mères célibataires, dont le père n'a pas reconnu l'enfant, célibataires dont le père a reconnu l'enfant, divorcées, séparées ou veuves) vs « existant » (pour les femmes mariées ou en couple).

c. Caractéristiques de la grossesse et néonatales de l'enfant

Les caractéristiques liées à la grossesse ont été catégorisées en « grossesse normale » (suivi médical pendant la grossesse, absence de prise de traitement psychotrope pendant la grossesse et absence d'hospitalisation pour motif obstétrical) vs « grossesse à risque » (absence de suivi médical pendant la grossesse, ou prise de traitement psychotrope pendant la grossesse ou hospitalisation pour motif obstétrical pendant la grossesse). Enfin, les complications néonatales infantiles sont catégorisées « non » (poids de naissance > à 2500 g et/ou si l'enfant n'est pas né prématuré) vs « oui » (poids de naissance < ou égal à 2500 g et/ou si l'enfant est né prématuré).

d. Antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant

Cette variable a été catégorisée en « non », s'il n'y avait pas eu de placement dans la fratrie de l'enfant vs « oui », s'il existait des antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant.

1.2.2. Variable dépendante : type d'accueil de l'enfant à la sortie

La variable dépendante de notre étude est le statut de l'enfant à l'issue de l'hospitalisation. Nous avons catégorisé cette variable selon deux modalités : les dyades « non séparées » à l'issue de la prise en charge et les dyades « séparées » à l'issue de l'hospitalisation. Les dyades dites « non séparées » sont celles correspondant aux patientes sorties avec leur enfant :

- sans accompagnement des services sociaux à la fin de la prise en charge
- avec un accompagnement des services sociaux proposé et avec coopération des parents, aboutissant à la signature d'un accueil provisoire avec le service de l'Aide Social à l'Enfance du Conseil Départemental

- avec un accompagnement des services sociaux proposé que les parents refusent, conduisant à la rédaction d'une information préoccupante par le médecin responsable

Les dyades « séparées » sont celles pour lesquelles le médecin responsable a adressé un signalement au Procureur de la République. Soulignons que dans notre travail, la décision du magistrat prise à la suite du signalement n'est pas prise en compte; seule la demande médicale concernant le mode de sortie de l'enfant l'est. En d'autres termes, ce n'est pas le placement physique de l'enfant qui est étudié, mais la demande médicale de placement de l'enfant.

1.3. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA (2009). Nous avons d'abord effectué des analyses de régression logistique univariées, permettant de calculer des odds ratio (OR) avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95%) pour comparer les caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades du groupe « non séparées » à celles du groupe « séparées ». Puis des analyses de régression logistiques multivariées ont été réalisées sur l'échantillon de dyades sans données manquantes (n=104) pour les variables d'intérêt, en introduisant dans le modèle uniquement les variables significativement liées à une demande médicale de placement de l'enfant au moment de la sortie lors de l'analyse univariée. L'analyse a été effectuée selon la méthode « pas à pas » descendante, permettant d'éliminer au fur et à mesure les variables non associées à la variable dépendante jusqu'à obtenir le modèle le plus satisfaisant. A noter qu'au début de cette analyse la variable « présence du père de l'enfant » a été retirée car il existait trop de colinéarité avec le statut conjugal. Le diagnostic psychiatrique principal maternel inclus dans ce modèle comprend trois catégories : « Troubles bipolaires/troubles anxieux » catégorie de référence, « Troubles psychotiques » et « Troubles graves de la personnalité/addiction ». La variable « complications néonatales et infantiles » a été forcée dans le modèle d'analyse multivariée car elle constitue une variable souvent liée au placement de l'enfant dans la littérature.

2. Résultats

2.1. Description de la population et analyses univariées

Cent quarante six dyades ont été incluses dans notre étude ; 109 dyades sont sorties « non séparées » et 37 sont sorties « séparées », soit environ 25% des dyades. Les résultats des caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades « non séparées » et « séparées » et le résultat des analyses univariées sont présentés dans le tableau 1. Les femmes du groupe « séparées » vivent plus fréquemment seules et ont plus souvent un niveau professionnel bas que les femmes du groupe « non séparées ». Les femmes du groupe « séparées » sont hospitalisées pour la première fois plus tôt que les femmes du groupe « non séparées ».

La répartition du diagnostic maternel principal non catégorisé est représentée dans la figure 1 et la répartition du diagnostic maternel principal catégorisé selon les trois modalités est représentée dans la figure 2. Les femmes du groupe « séparées » souffrent plus fréquemment de troubles psychotiques ou de troubles graves de la personnalité que les femmes du groupe « non séparées ». A l'inverse, les femmes du groupe « non séparées » souffrent plus fréquemment de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux que les femmes du groupe « séparées ». Les femmes du groupe « séparées » ont 3 fois plus de risque d'avoir une durée d'hospitalisation longue dans l'unité et 2,5 fois plus de risque d'avoir été hospitalisées pour un motif psychiatrique au cours de leur grossesse que les femmes du groupe « non séparées ». L'absence du père de l'enfant est plus fréquemment constatée chez les femmes du groupe « séparées » par rapport à celles du groupe « non séparées ». Concernant les caractéristiques de la grossesse, les femmes du groupe « séparées » ont 2 fois plus de risque d'avoir eu une grossesse « à risque » que les femmes du groupe « non séparées » et 9 fois plus de risque d'avoir déjà eu un enfant placé dans le passé que les femmes du groupe « non séparées ». Les autres variables ne sont pas liées au mode d'accueil de l'enfant à la sortie de l'hospitalisation.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades sorties « non séparées » vs dyades sorties « séparées » et analyses univariées

	Non séparées n=109	Séparées n=37	OR (IC [95%])	p
Caractéristiques socio- démographiques				
	moy (ET)	moy (ET)		
âge de la mère	32,44 (6,30)	30,97 (6,04)	0,96 [0,90-1,02]	0,218
	n (%)	n (%)		
âge de l'enfant				
« < 6mois »	90 (82,57)	36 (97,30)	0,13 [0,01-1,01]	0,052
« > 6mois »	19 (17,43)	1 (2,70)		
sexe de l'enfant				
« masculin »	46 (47,42)	15 (24,59)	1,32 [0,61-2,85]	0,475
« féminin »	51 (52,58)	22 (59,46)		
parité				
« multipare »	49 (45,79)	16 (43,24)	1,10 [0,52-2,35]	0,788
« primipare »	58 (54,21)	21 (56,76)		
statut conjugal				
« seule »	27 (25,00)	19 (51,35)	3,10 [1,45-6,89]	0,004*
« en couple »	81 (75,00)	18 (48,65)		
statut résidentiel				
« dépendant »	19 (17,43)	10 (27,03)	0,57 [0,23-1,37]	0,210
« indépendant »	90 (82,57)	27 (72,97)		
statut professionnel				
« bas »	47 (45,63)	30 (81,08)	5,10 [2,05-12,67]	<0,001*
« haut »	56 (54,37)	7 (18,92)		

Tableau 1: Caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades sorties « non séparées » vs dyades sorties « séparées » et analyses univariées (suite)

	Non séparées n=109	Séparées n=37	OR (IC [95%])	p
	moy (ET)	moy (ET)		
Age de la première hospitalisation	28,46 (6,62)	24,68 (5,79)	0,90 [0,85-0,97]	0,005*
	n (%)	n (%)		
Diagnostic principal				
- Trouble de l'humeur/trouble anxieux	93 (86,11)	16 (45,71)	référence	
- Troubles psychotiques	5 (4,63)	12 (34,29)	13,95 [4,32-44,9]	<0,001*
- TGP/addiction	10 (9,26)	7 (20,00)	4,06 [1,35-12,2]	0,013*
mode d'hospitalisation				
« SPDT »	4 (3,70)	2 (5,41)	0,67 [0,11-3,83]	0,656
« libre »	104 (96,30)	35 (94,59)		
antécédents psychiatriques personnels				
« non »	22 (20,18)	11 (29,73)	0,59 [0,25-1,39]	0,233
« oui »	87 (79,82)	26 (70,27)		
durée d'hospitalisation				
« courte »	61 (55,96)	11 (29,73)	3,00 [1,34-6,68]	0,007*
« longue »	48 (44,04)	26 (70,27)		
hospitalisation en psychiatrie pendant la grossesse				
« non »	86 (78,90)	22 (59,46)	2,54 [1,14-5,68]	0,022*
« oui »	23 (21,10)	15 (40,54)		
antécédents familiaux psychiatriques				
« non »	23 (30,26)	10 (38,46)	0,69 [0,27-1,75]	0,442
« oui »	53 (69,74)	16 (61,54)		
environnement social				
« déficient »	7 (6,54)	6 (16,22)	0,36 [0,11-1,15]	0,086
« satisfaisant »	100 (93,46)	31 (83,78)		
présence du père				
« inexistant »	27 (25,00)	19 (51,35)	3,16 [1,45-6,89]	0,004*
« existant »	81 (75,00)	18 (48,65)		

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades sorties « non séparées » vs dyades sorties « séparées » et analyses univariées (suite)

	Non séparées n=109	Séparées n=37	OR (IC [95%])	p
Caractéristiques de la grossesse et néonatales de l'enfant				
grossesse				
« normale »	54 (50,00)	11 (29,73)	2,36 [1,06-5,25]	0,035*
« à risque »	54 (50,00)	26 (70,27)		
complications néonatales/infantiles			0,39 [0,14-1,07]	0,069
« non »	54 (65,85)	29 (82,86)		
« oui »	28 (34,15)	6 (17,14)		
Antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant				
« non »	101 (93,52)	23 (62,16)	8,78 [3,18-24,2]	<0,001*
« oui »	7 (6,48)	14 (37,84)		

Figure 1 : Diagrammes représentant la répartition générale en pourcentage du diagnostic principal maternel non catégorisé dans le groupe « non séparées » vs le groupe « séparées ».

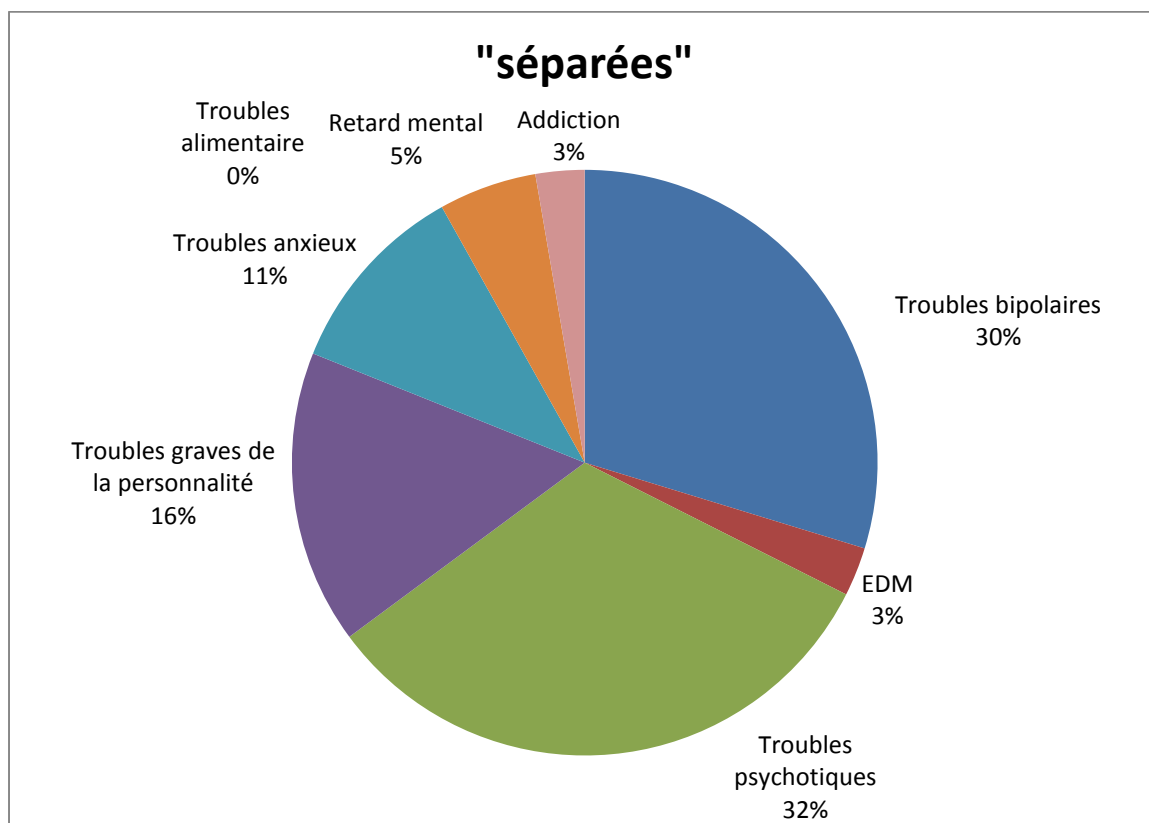
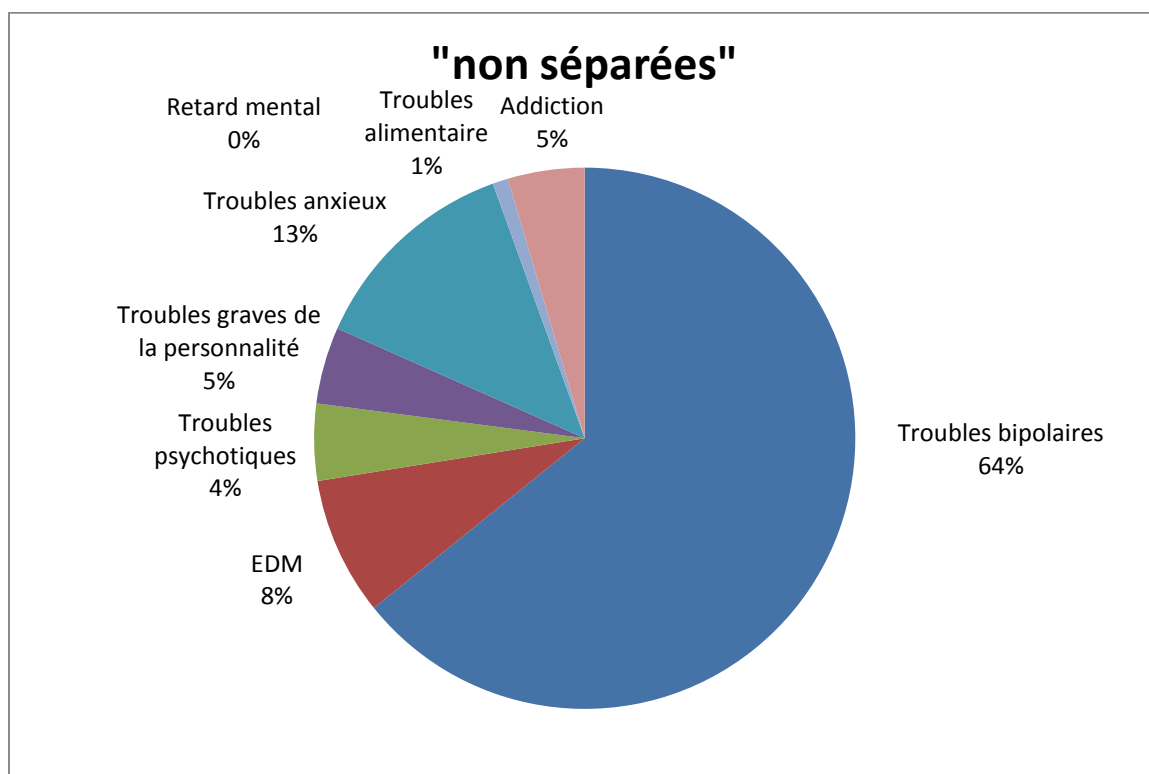
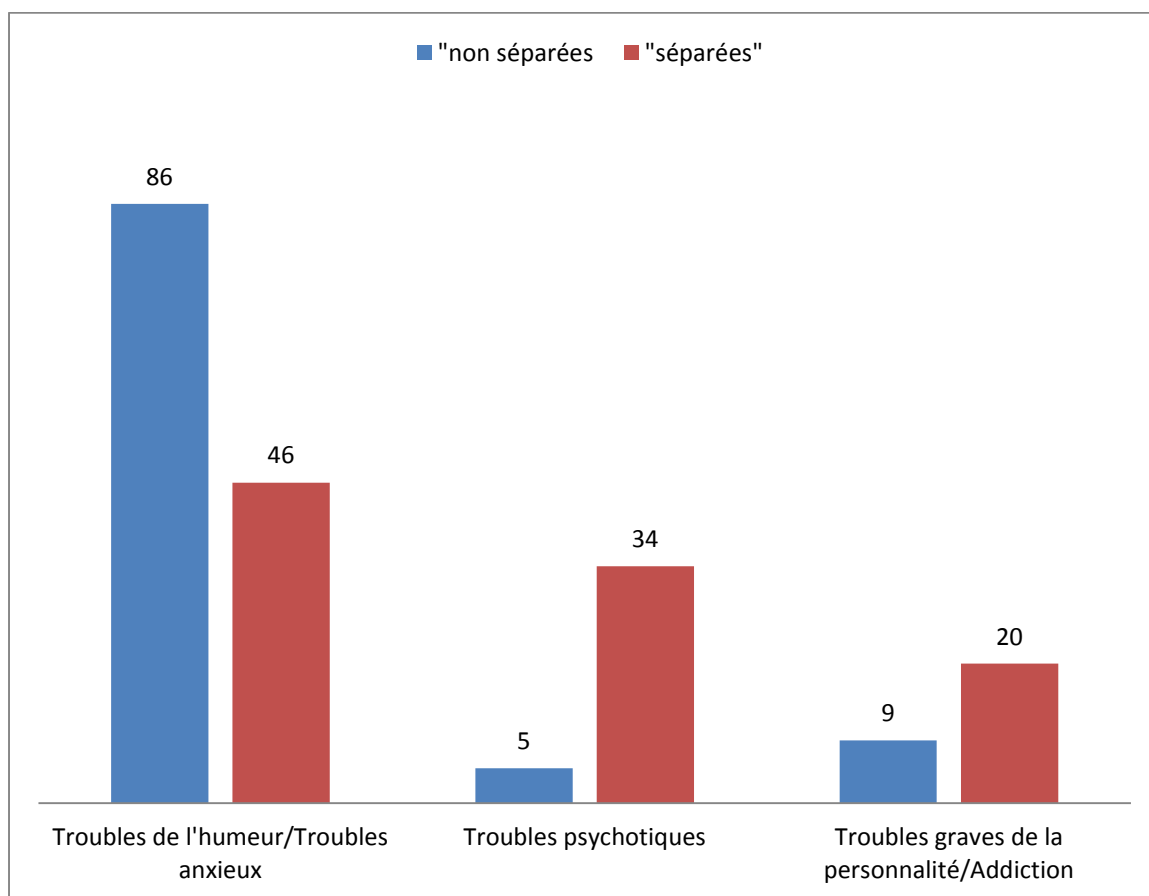


Figure 2 : Diagramme représentant la répartition en pourcentage du diagnostic principal maternel en trois catégories, dans le groupe « non séparées » vs « séparées »



2.2. Analyses multivariées

Les résultats des analyses multivariées « pas à pas » descendantes sont présentés dans les tableaux 2a, 2b, 2c, 2d, 2e et 2f. A noter que 29% des dossiers avaient au moins une donnée manquante, l'analyse finale ne comportait que les dossiers sans donnée manquante. Le modèle final montre que l'âge précoce de la première hospitalisation, le diagnostic maternel de troubles psychotiques ou de troubles graves de la personnalité et/ou d'addiction et les antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant sont indépendamment liés à la sortie avec séparation de la dyade à l'issu de l'hospitalisation en UME.

Tableau 2: Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques sociodémographiques, psychiatriques, obstétricales et néonatales des dyades « non séparées » et des dyades « séparées ».

Tableau 2a: Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau1

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,91	0,82-1,01	0,082
	n (%)	n (%)			
Statut conjugal					
« seule »	18 (54,5)	15 (45,4)	1,81	0,56-5,85	0,317
« en couple »	55 (77,4)	16 (22,5)			
Statut professionnel					
« bas »	34 (56,6)	26 (43,3)	1,40	0,32-6,12	0,649
« haut »	39 (88,6)	5 (11,3)			
Troubles psychotiques	5 (45,4)	12 (70,5)	5,84	1,27-26,70	0,023*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	4,53	0,83-24,66	0,080
Durée hospit					
« courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,62	0,81-8,50	0,107
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Hospit psy pendant grossesse					
« non »	54 (76,1)	17 (23,9)	0,93	0,26-3,34	0,915
« oui »	19 (57,5)	14 (42,4)			
Caract grossesse					
« normale »	31 (81,5)	7 (18,4)	2,38	0,58-9,61	0,225
« à risque »	42 (63,6)	24 (36,3)			
Antécédents placement fratrie					
« non »	68 (78,1)	19 (21,8)	3,24	0,79-13,29	0,101
« oui »	5 (29,4)	12 (70,5)			
Compli néonat					
« non »	52 (67,5)	25 (32,4)	0,43	0,10-1,77	0,246
« oui »	21 (77,7)	6 (22,2)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ; * : p< 0,05

Tableau 2b : Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau 2

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,91	0,82-1,01	0,083
	n (%)	n (%)			
Statut conjugal					
« seule »	18 (54,5)	15 (45,4)	1,80	0,56-5,79	0,320
« en couple »	55 (77,4)	16 (22,5)			
Statut professionnel					
« bas »	34 (56,6)	26 (43,3)	1,42	0,32-6,11	0,638
« haut »	39 (88,6)	5 (11,3)			
Troubles psychotiques	5 (29,4)	12 (70,5)	5,66	1,37-23,31	0,016*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	4,49	0,83-24,32	0,081
Durée hospit					
« courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,61	0,80-8,45	0,108
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Caract grossesse					
« normal »	31 (81,5)	7 (18,4)	2,30	0,63-8,39	0,204
« à risque »	42 (63,6)	24 (36,3)			
Antécédents placement					
fratrie	68 (78,1)	19 (21,8)	3,27	0,80-13,27	0,096
« non »	5 (29,4)	12 (70,5)			
« oui »					
Compli néonate					
« non »	52 (67,5)	25 (32,4)	0,44	0,11-1,72	0,242
« oui »	21 (77,7)	6 (22,2)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ; * : p< 0,05

Tableau 2c : Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau 3

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,90	0,82-0,99	0 ,034
	n (%)	n (%)			
Statut conjugal					
« seule »	18 (54,5)	15 (45,4)	1,93	0,62-5,98	0,251
« en couple »	55 (77,4)	16 (22,5)			
Troubles psychotiques	5 (29,4)	12 (70,5)	6,05	1,50-24,27	0,011*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	5,15	1,03-25,64	0,045*
Durée hospit					
« courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,53	0,79-8,09	0,118
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Caract grossesse					
« normal »	31 (81,5)	7 (18,4)	2,48	0,70-8,75	0,155
« à risque »	42 (63,6)	24 (36,3)			
Antécédents placement					
fratrie	68 (78,1)	19 (21,8)	3,56	0,91-13,88	0,067
« non »	5 (29,4)	12 (70,5)			
« oui »					
Compli néonat					
« non »	52 (67,5)	25 (32,4)	0,43	0,11-1,71	0,235
« oui »	21 (77,7)	6 (22,2)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ;* : p< 0,05

Tableau 2d : Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau 4

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,89	0,81-0,98	0,024*
	n (%)	n (%)			
Troubles psychotiques	5 (29,4)	12 (70,5)	5,81	1,46-23,04	0,012*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	6,41	1,33-30,69	0,020*
Durée hospit « courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,85	0,90-8,97	0,073
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Caract grossesse « normal »	31 (81,5)	7 (18,4)	2,52	0,72-8,77	0,146
« à risque »	42 (63,6)	24 (36,3)			
Antécédents placement fratrie « non »	68 (78,1)	19 (21,8)	3,92	1,02-15,11	0,047*
« oui »	5 (29,4)	12 (70,5)			
Compli néonate « non »	52 (67,5)	25 (32,4)	0,43	0,11-1,66	0,223
« oui »	21 (77,7)	6 (22,2)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ; * : p< 0,05

Tableau 2e : Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau 5

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,89	0,81-0,97	0,014*
	n (%)	n (%)			
Troubles psychotiques	5 (29,4)	12 (70,5)	5,27	1,36-20,38	0,016*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	6,22	1,32-29,30	0,021*
Durée hospit					
« courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,65	0,85-8,24	0,091
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Caract grossesse					
« normal »	31 (81,5)	7 (18,4)	2,42	0,70-8,26	0,158
« à risque »	42 (63,6)	24 (36,3)			
Antécédents placement fratrie					
« non »	68 (78,1)	19 (21,8)	4,12	1,07-15,84	0,039*
« oui »	5 (29,4)	12 (70,5)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ;* : p< 0,05

Tableau 2f : Analyses de régression multivariées « pas à pas » descendantes des caractéristiques des dyades « non séparées » vs dyades « séparées » : niveau 6

	Non séparées n=73	Séparées n=31	OR₁	IC[95%]₂	p
	moy (ET)	moy (ET)			
Age première hospit	27,73 (6,67)	24,38 (5,80)	0,90	0,82-0,98	0,020*
	n (%)	n (%)			
Troubles psychotiques	5 (29,4)	12 (70,5)	6,32	1,65-24,18	0,007*
Troubles graves de la personnalité/addiction	5 (45,4)	6 (54,6)	5,10	1,14-22,77	0,033*
Durée hospit					
« courte »	35 (79,5)	9 (20,5)	2,47	0,82-7,40	0,105
« longue »	38 (63,3)	22 (36,7)			
Antécédents placement fratrie					
« non »	68 (78,1)	19 (21,8)	4,23	1,07-16,59	0,039*
« oui »	5 (29,4)	12 (70,5)			

OR₁ : Odds Ratio ; IC [95%]₂ : Intervalle de confiance à 95% ; * : p< 0,05

3. Discussion

Notre travail nous a permis d'évaluer les facteurs de risque maternels de séparation mère-enfant dans une population de femmes souffrant de troubles psychiatriques, hospitalisées en post-partum pour soins conjoints dans une UME de psychiatrie adulte. Les résultats de notre étude montrent que les femmes séparées de leur enfant à l'issue d'une hospitalisation en UME souffrent plus souvent de troubles psychotiques, de troubles de la personnalité, sont hospitalisées pour la première fois en psychiatrie plus jeunes, et ont plus fréquemment eu un enfant placé par le passé, que les femmes sorties avec leur enfant.

Limites

Notre travail comporte un certain nombre de limites. Tout d'abord, la population étudiée est très spécifique, souffrant de troubles psychiatriques périnataux et/ou avec de problématiques liées à la parentalité et hospitalisées en UME. De plus, l'organisation du système de protection de l'enfance est différente d'un département à l'autre. Nos résultats doivent donc être interprétés avec prudence et ne sont généralisables ni à l'ensemble des dyades où la mère est atteinte de troubles psychiatriques, ni à l'ensemble de la population française. Notre échantillon est de petite taille, ce qui diminue la puissance de nos analyses. Les données ont été recueillies rétrospectivement, à partir des dossiers des patientes, ce qui constitue un biais de recueil important, notamment pour les variables concernant les antécédents familiaux, personnels et les antécédents de placement dans la fratrie. Ce mode de recueil a entraîné également une perte d'information importante. Le diagnostic principal maternel était défini par des critères précis répondant à ceux de la CIM-10. Ce diagnostic est généralement posé en fin de prise en charge, mais il ne repose pas sur une évaluation standardisée, créant ainsi un biais lié à l'appréciation subjective de la personne rédigeant le compte rendu de sortie. Cependant, les médecins seniors en charge du diagnostic travaillent avec les mêmes références théoriques, ce qui a probablement limité l'impact de ce biais. Nous avons également choisi comme variable dépendante la décision médicale concernant le mode de sortie de l'enfant et non le mode de sortie réel de l'enfant. Les études sur le sujet prennent en compte la réalité de la décision, ce qui peut expliquer la différence entre nos résultats et ceux retrouvés dans la littérature.

Dans notre travail les définitions des variables « soutien social » et « présence du père de l'enfant » sont critiquables car les critères choisis pour évaluer la qualité de ces deux variables ne sont pas ceux utilisés dans la littérature. La « Marcé checklist » permet de qualifier le soutien social et le soutien du partenaire/père de l'enfant dans la plupart des études anglo-saxonnes et franco-belges citées précédemment. Ces variables sont donc définies grâce à une série de questions précises standardisées et validées. Notre travail, étant rétrospectif à partir des données des dossiers des patientes, nous avons évalué le soutien social à travers le

« statut résidentiel » et le soutien du père de l'enfant par « le statut conjugal ». Ces définitions peuvent expliquer la différence de résultats. Enfin, nous n'avons pas pu recueillir d'informations sur l'état de santé mentale du père de l'enfant, l'unité de Bordeaux n'accueillant pas le père à temps complet avec la dyade et les informations concernant son état de santé n'étant pas recueillies systématiquement dans les dossiers.

Données générales

Dans notre travail, l'orientation médicale vers une séparation mère-enfant en fin d'hospitalisation concerne environ 25% des dyades. Ces résultats vont dans le sens des rares travaux français. Poinso et al. (100), dans leur étude uni-centrique retrouvaient environ 23% des dyades séparées à l'issue d'une hospitalisation en UME. Dans les études anglo-saxonnes les taux de séparation mère-enfant sont plus faibles (3% à 10%) comme le montrent les résultats de Whitmore et al. (112) où 9,5% des femmes sortaient sans leur enfant à la fin d'une hospitalisation en UME. Les résultats des études multicentriques menées en France et en Belgique sont plus nuancés, certains se rapprochent de ceux retrouvés dans notre travail, puisque en 2004 Glangeaud et al. (113) rapportaient 25% de dyades séparées. Par contre, les résultats de la dernière étude multicentrique française et belge sont plus proches des résultats des études anglo-saxonnes puisque Glangeaud et al. (102) retrouvait des taux de séparation mère-enfant aux alentours de 15%. Ces différences sont souvent évoquées dans la littérature sur les UME. En effet, selon les unités et le pays dans lequel est menée l'étude, les pratiques en termes de protection de l'enfance varient considérablement, notamment le placement dans le système anglo-saxon peut être assimilé à l'équivalent d'une adoption simple dans notre pays. En France selon les départements, il existe des différences dans la mise en pratique de la loi de 2007, pouvant générer des différences dans les orientations en fin d'hospitalisation en UME. Il peut également exister des différences en termes de caractéristiques démographiques et psychiatriques des patientes hospitalisées. Glangeaud et al. (113) soulignent que les populations accueillies en UME ne sont pas similaires, certaines accueillent des femmes souffrant de troubles plus sévères et les indications d'hospitalisation dans ces unités spécialisées ne sont pas toujours les mêmes

(orientées par les services sociaux ou par le système de santé). La seconde hypothèse est que les moyens de prise en charge des dyades à la suite d'une hospitalisation sont différents d'une région à l'autre, elles ne possèdent pas les mêmes moyens d'accompagnement des dyades « à risque » à la suite d'une hospitalisation. Ainsi des régions avec moins de moyens pourraient avoir des taux de séparation précoce plus élevés, le suivi n'étant pas assuré par la suite et dans un souci de prévention, l'enfant serait plus facilement et plus précocement séparé de sa mère (102).

Analyses univariées

Dans notre travail, les femmes « séparées » de leur enfant vivent moins souvent de manière indépendante et ont souvent un niveau professionnel bas. C'est ce qui est souvent rapporté dans la littérature sur les populations prise en charge en UME (2,102), la précarité de la situation de ces femmes influençant très certainement, la qualité de l'environnement de l'enfant sur le plan affectif et/ou matériel. De même, les femmes de notre étude vivent plus souvent seules et/ou le père de l'enfant est plus souvent absent. Plusieurs études rapportent une association entre le soutien social et/ou le soutien du partenaire/père de l'enfant et le mode de sortie (13,112). Abel et al. (13) ont montré que les femmes ayant la capacité de construire des relations sentimentales et sociales stables étaient moins séparées de leur enfant à l'issue d'une hospitalisation en UME. Nos résultats montrent une tendance à l'association entre le soutien social et le mode de sortie de l'enfant et une association significative entre la présence du père auprès de la dyade, représentant la qualité de la relation avec le partenaire/père de l'enfant et la séparation de la dyade. Il semble évident qu'un environnement affectif de qualité, la présence du père et/ou de la famille permettent à la dyade d'évoluer dans un environnement potentiellement plus stable et à l'enfant de se développer dans un environnement sécurisant.

Glangeaud et al. (102) ont montré que les complications médicales néonatales étaient indépendamment liées au mode de sortie de l'enfant à l'issue d'une hospitalisation en UME. Il s'agit de la seule étude ayant pris en compte cette variable dans leurs analyses. Nos résultats n'ont pas permis de mettre en évidence d'association significative entre les complications médicales néonatales et le mode

de sortie de l'enfant. Cette différence de résultats peut s'expliquer par le fait que notre échantillon était beaucoup moins important que celui de cette étude multicentrique (102). De plus, les complications médicales néonatales ne sont définies dans notre travail que par deux caractéristiques (poids de naissance inférieur à 2500 g et prématurité avec une naissance avant 37 SA), alors que dans l'étude de Glangeaud et al. (102), les complications médicales néonatales étaient définies grâce à quatre critères : le poids de naissance (poids de naissance inférieur à 2500 g), la prématurité (naissance avant 37 SA), l'hospitalisation en unité de soin intensif après la naissance et hospitalisation pour motif somatique dans le premier mois de vie.

Régressions multivariées-Modèle final

Dans la plupart des études précédentes les mères souffrant de troubles chroniques semblent être un sous-groupe de patientes plus fréquemment séparées de leur enfant. Howard et al. (103) rapportaient que 40% des femmes atteintes de pathologies chroniques sortaient d'une UME avec une prise en charge par les services sociaux, contre seulement 17% des femmes atteintes de troubles aigus et 13% de celles présentant une rechute d'un épisode aigu. Dans notre travail, l'âge de la première hospitalisation est significativement lié à la séparation de la dyade au moment de la sortie. Le début précoce du trouble est potentiellement le reflet d'une pathologie chronique, et mène ici aussi à une plus grande fréquence de séparation.

Nos résultats montrent que les femmes atteintes de troubles psychotiques ou de troubles graves de la personnalité et/ou souffrant d'addiction ont plus de risque de sortir sans leur enfant, rejoignant ceux des études précédentes, la séparation n'étant que rarement constatée lorsque la mère souffre de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux. Les diagnostics les plus fréquemment liés à la séparation mère-enfant dans la littérature sont les troubles psychotiques, principalement la schizophrénie et les troubles de la personnalité borderline, pathologie par définition chroniques. Kumar et al. (107) retrouvaient que 50% des femmes atteintes de schizophrénie étaient séparées de leur enfant à la sortie d'hospitalisation. Whitmore et al. (112) rapportaient que parmi les femmes séparées de leur enfant à la sortie d'UME, la plupart souffraient de troubles de la personnalité borderline ou de

schizophrénie (43% et 16%). Dans l'étude de Glangeaud et al. (102), les résultats montraient que le diagnostic de schizophrénie chez les parents était lié de manière indépendante au fait de sortir séparés de son enfant.

Dans notre étude, l'existence d'un antécédent de placement dans la fratrie de l'enfant est un facteur de risque indépendant de séparation de la dyade à l'issue de l'hospitalisation en UME. Cette variable est un indicateur de la vulnérabilité potentielle des compétences maternelles. Whitmore et al. (112) trouvaient que les femmes atteintes de pathologies mentales avec de moins bonnes « compétences maternelles » évaluées grâce à la « Marcé checklist » et celles adressées pour une hospitalisation en UME par les services sociaux étaient significativement plus à risque d'être séparées de leur enfant à la sortie. Nos résultats suggèrent que la vulnérabilité d'une mère en terme de « compétences maternelles » est significativement liée à la séparation mère-enfant à l'issue d'une hospitalisation en UME et ce, indépendamment du diagnostic maternel principal et de la chronicité de la maladie mentale. Il s'agit d'un résultat important car, cela signifie que la fragilité des « compétences maternelles » chez une femme est une vulnérabilité individuelle, indépendante du fonctionnement psychique de la patiente et de ses troubles psychiatriques. Ce facteur pourrait être un facteur à individualiser à la fois sur le plan de l'évaluation, mais également en termes de soins spécifiques, puisqu'il pourrait être spécifiquement atteint chez des femmes hospitalisées en post partum en UME.

4. Conclusion

Les résultats de notre étude sur la population de l'UME du CH Charles Perrens soulignent, avec les autres travaux sur le sujet, que le diagnostic maternel est l'un des facteurs de risque principal de séparation mère-enfant à la sortie d'une hospitalisation en UME. Ainsi, dans cette étude, comme dans la plupart des études françaises et, anglo-saxonnes, le diagnostic maternel de troubles psychotiques ou de troubles de la personnalité est lié à un risque augmenté de séparation de la dyade. De même, un âge précoce de première hospitalisation en psychiatrie chez la mère, probable reflet de la chronicité des troubles est lié au risque de séparation de la dyade.

Nous trouvons que des antécédents de placement dans la fratrie de l'enfant, reflet de la vulnérabilité des compétences maternelles, est un facteur de risque de placement de l'enfant à l'issue de l'hospitalisation, indépendamment du diagnostic maternel et de la chronicité de la maladie. Nezelof et al. (2) rappellent que le travail effectué en UME n'est pas exclusivement centré sur la pathologie maternelle mais surtout sur l'évaluation de la possibilité de travailler sur le lien mère-enfant : *« l'objectif n'est pas de maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de travailler sur le lien qui les unit, afin d'asseoir au mieux les fondements de leurs relations à court et surtout long terme »* (2). L'évaluation et le soin de la qualité du lien mère-enfant en UME sont effectivement au centre des préoccupations des équipes qui y travaillent et devrait donc peut-être passer de manière plus spécifique par la dimension des compétences maternelles.

De plus, le travail en UME étant fondé sur un travail « en réseaux », l'UME de Bordeaux ne pourrait agir sans les liens construits avec l'ASE du département et la justice. Après une hospitalisation en UME, ce réseau permet la mise en place d'accompagnements adaptés pour la dyade assurant à l'enfant un environnement stable et sécurisant. Une meilleure compréhension des facteurs de risque de séparation généraux pour chacun des partenaires (sociaux ou médicaux) pourrait peut être permettre une coordination de meilleure qualité entre les différents intervenants. L'anticipation des situations à fort risque de séparation le plus précocement possible après la naissance, voir même en anténatale, devrait

permettre d'agir au plus vite et de manière coordonnée, évitant ainsi les situations soit de séparation urgentes non préparées soit les hospitalisations longues de dyades en attente de solution de garde pour le bébé.

Enfin, ces résultats et ces réflexions peuvent s'inscrire dans une démarche plus large de santé publique. Beaucoup de femmes atteintes de troubles psychiatriques sont, ou deviendront mères, et les praticiens devraient pouvoir reconnaître les facteurs de risque de troubles du lien à venir lorsqu'une femme atteinte de pathologie mentale évoque un désir d'enfant. Ces grossesses compliquées devraient donc être anticipées et particulièrement suivies à la fois sur le plan obstétrical, social et bien sûr psychiatrique. Le travail de prévention auprès de ces femmes, de ces futures mères et de ces dyades, devrait passer par la mise en place plus rapide de moyens d'accompagnements adaptés, évitant ainsi des situations de séparation en urgence, souvent traumatisantes pour la dyade, mais également pour les équipes médicales et sociales. Il faudrait donc également pouvoir favoriser une large diffusion de ces informations auprès des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, psychiatres et pédopsychiatres par le biais de campagnes d'informations et de sensibilisations aux situations à risque et à leurs prises en charges.

Bibliographies

1. Ackerson BJ. Parents with serious and persistent mental illness: issues in assessment and services. *Soc Work*. 2003;48(2):187–194.
2. Nezelof S, Cazas O, Sutter-Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mère–bébé en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* [Internet]. Elsevier; 2005 [cited 2014 Nov 11]. 529–34. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448705001356>
3. David DH, Styron T, Davidson L. Supported Parenting to Meet the Needs and Concerns of Mothers with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2011;14(2):137–153.
4. Mowbray CT, Oyserman D, Bybee D. Mothers with serious mental illness. *New Dir Ment Health Serv*. 2000; 2000(88):73–91.
5. Sheehan S. “Sylvia Frumkin” has a baby: A case study for policymakers. *Psychiatr Serv*. 1996;497.
6. Perry BL, Wright ER. The sexual partnerships of people with serious mental illness. *J Sex Res*. 2006; 43(2):174–181.
7. Ritsher JE, Coursey RD, Farrell EW. A survey on issues in the lives of women with severe mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1997; 48(10):1273–1282.
8. Miller LJ, Finnerty M. Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1996; 47(5):502–506.
9. Nicholson J, Sweeney EM, Geller JL. Focus on Women: Mothers With Mental Illness: II. Family Relationships and the Context of Parenting. *Psychiatr Serv*. 1998; 49(5):643–649.
10. Moreno DH, Bio DS, Petresco S, Petresco D, Gutt EK, Soeiro-de-Souza MG, et al. Burden of maternal bipolar disorder on at-risk offspring: A controlled study on family planning and maternal care. *J Affect Disord*. 2012; 143(1–3):172–178.
11. Sansone RA, Chu JW, Wiederman MW. Sexual behaviour and borderline personality disorder among female psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2011; 15(1):69–73.
12. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Marino MF, Haynes MC, Gunderson JG. Violence in the lives of adult borderline patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187(2):65–71.

13. Abel KM, Webb RT, Salmon MP, Wan MW, Appleby L. Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(6):781–789.
14. Howard LM, Kumar C, Leese M, Thornicroft G. The general fertility rate in women with psychotic disorders. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(6):991–997.
15. McGrath JJ, Hearle J, Jenner L, Plant K, Drummond A, Barkla JM. The fertility and fecundity of patients with psychoses. *Acta Psychiatr Scand*. 1999; 99(6):441–446.
16. Nimgaonkar VL, Ward SE, Agarde H, Weston N, Ganguli R. Fertility in schizophrenia: results from a contemporary US cohort. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95(5):364–369.
17. Howard LM. Fertility and pregnancy in women with psychotic disorders. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005; 119(1):3–10.
18. Williams KE, Marsh WK, Rasgon NL. Mood disorders and fertility in women: a critical review of the literature and implications for future research. *Hum Reprod Update*. 2007; 13(6):607–616.
19. Odegård O. Fertility of psychiatric first admissions in Norway 1936-1975. *Acta Psychiatr Scand*. 1980; 62(3):212–220.
20. Baron M, Risch N, Mendlewicz J. Differential fertility in bipolar affective illness. *J Affect Disord*. 1982; 4(2):103–112.
21. Harlow BL, Cohen LS, Otto MW, Spiegelman D, Cramer DW. Early life menstrual characteristics and pregnancy experiences among women with and without major depression: the Harvard study of moods and cycles. *J Affect Disord*. 2004; 79(1):167–176.
22. Calzeroni A, Conte G, Pennati A, Vita A, Sacchetti E. Celibacy and fertility rates in patients with major affective disorders: the relevance of delusional symptoms and suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 1990; 82(4):309–310.
23. Jönsson SAT. Marriage rate and fertility in cycloid psychosis: comparison with affective disorder, schizophrenia and the general population. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1991; 241(2):119–125.
24. Howard LM, Goss C, Leese M, Thornicroft G. Medical outcome of pregnancy in women with psychotic disorders and their infants in the first year after birth. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2003; 182:63–67.
25. Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich L-A. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with

- schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(1):79–91.
26. Avis relatif à la définition de la parentalité et du soutien à la parentalité [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 29]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_soutien_parentalite_.pdf
 27. Houzel D, Dayan J. Les enjeux de la parentalité. Ramonville saint-Agne: Erés; 1999; 160 p.
 28. P. Bonfils et A. Gouttenoire. Droit privé des mineurs-2ème édition. Dalloz; 2014, Précis Dalloz
 29. Benders-Hadi N, Barber M, Alexander MJ. Motherhood in women with serious mental illness. *Psychiatr Q*. 2013; 84(1):65–72.
 30. Conseil Départemental de la Gironde. Le schéma départemental de prévention et de protection de l'enfance 2012-2016. 2012. Disponible sur: http://www.gironde.fr/upload/docs/application/x-download/2012-12/schema_departemental_de_prevention_et_protection_de_lenfance_2012_2016.pdf
 31. HAS. Recommandations professionnelles “Préparation à la naissance et à la parentalité” (PNP). 2005. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
 32. Oates M.Cox & J. Holden. Postnatal Mental Illness : Auditing Services, in: *Perinatal Psychiatry: Use and Misuse of the Edingurgh PostNatal Depression Scale*. 1994; 8(1):9-16
 33. Kendell RE, Mackenzie WE, West C, McGuire RJ, Cox JL. Day-to-day mood changes after childbirth: further data. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1984; 145:620–625.
 34. Cazas O. Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 2007; 35(10):1055–1059.
 35. Webb RT, Abel KM, Pickles AR, Appleby L, King-Hele SA, Mortensen PB. Mortality Risk Among Offspring of Psychiatric Inpatients: A Population-Based Follow-Up to Early Adulthood. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(12):2170–2177.
 36. King-Hele S, Webb RT, Mortensen PB, Appleby L, Pickles A, Abel KM. Risk of stillbirth and neonatal death linked with maternal mental illness: a national cohort study. *Arch Dis Child - Fetal Neonatal Ed*. 2009; 94(2):105–110.
 37. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014; 384(9956):1800–1819.

38. Kenny M, Conroy S, Pariante CM, Seneviratne G, Pawlby S. Mother–infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *J Psychiatr Res.* 2013; 47(9):1192–1198.
39. Mäntymaa M, Puura K, Luoma I, Salmelin RK, Tamminen T. Early mother–infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioral and emotional problems in toddlers. *Infant Behav Dev.* 2004; 27(2):134–149.
40. Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Ment Health J.* 2001; 22(1-2):7–66.
41. Bowlby J. Attachment and loss, volume 1: Attachment. 1969; New York, Basic Books Disponible sur: <http://www.citeulike.org/group/884/article/633517>
42. Ainsworth MDS, Bell SM. Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the Behavior of One-Year-Olds in a Strange Situation. *Child Dev.* 1970; 41(1):49–67.
43. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Dev Psychopathol.* 2000; 12(2):157–175.
44. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med.* 1984; 14(4):853–880.
45. Connell AM, Goodman SH. The association between psychopathology in fathers versus mothers and children’s internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2002; 128(5):746–773.
46. Lapalme M, Hodgins S, LaRoche C. Children of parents with bipolar disorder: a metaanalysis of risk for mental disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* 1997; 42(6):623–631.
47. Doucette S, Horrocks J, Grof P, Keown-Stoneman C, Duffy A. Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2013; 150(2):522–526.
48. Turecki G, Grof P, Cavazzoni P, Duffy A, Grof E, Ahrens B, et al. Evidence for a role of phospholipase C-gamma1 in the pathogenesis of bipolar disorder. *Mol Psychiatry.* 1998; 3(6):534–538.
49. Turecki G, Grof P, Grof E, D’souza V, Lebuis L, Marineau C, et al. Mapping susceptibility genes for bipolar disorder: a pharmacogenetic approach based on excellent response to lithium. *Mol Psychiatry.* 2001; 6(5):570–578.
50. Wals M, Hillegers MH, Reichart CG, Ormel J, Nolen WA, Verhulst FC. Prevalence of psychopathology in children of a bipolar parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40(9):1094–1102.

51. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(4):329–336.
52. Pavlickova H, Turnbull O, Bentall RP. Cognitive vulnerability to bipolar disorder in offspring of parents with bipolar disorder. *Br J Clin Psychol*. 2014; 53(4):386–401.
53. Romero S, Birmaher B, Axelson D, Goldstein T, Goldstein BI, Gill MK, et al. Prevalence and Correlates of Physical and Sexual Abuse in Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *J Affect Disord*. 2009; 112(1-3):144–150.
54. Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*. 2006; 118(3):933–942.
55. Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1984; 144:35–47.
56. Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois ML, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2011; 26(8):484–489.
57. Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attach Hum Dev*. 2013; 15(2):133–153.
58. Martins C, Gaffan EA. Effects of early maternal depression on patterns of infant–mother attachment: A meta-analytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry*. 2000; 41(06):737–746.
59. Atkinson L, Paglia A, Coolbear J, Niccols A, Parker KC, Guger S. Attachment security: A meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(8):1019–1040.
60. Gerardin P, Wendland J, Bodeau N, Galin A, Bialobos S, Tordjman S, et al. Depression during pregnancy: is the developmental impact earlier in boys? A prospective case-control study. *J Clin Psychiatry*. 2011; 72(3):378–387.
61. Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VWV, Hofman A, Verhulst FC, et al. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 20(7):341–350.
62. Leis JA, Heron J, Stuart EA, Mendelson T. Associations between maternal mental health and child emotional and behavioral problems: does prenatal mental health matter? *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(1):161–171.

63. Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord.* 2009; 113(3):236–243.
64. Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, et al. Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70(12):1312–1319.
65. Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev.* 2010; 33(1):1–6.
66. Tronick E, Reck C. Infants of depressed mothers. *Harv Rev Psychiatry.* 2009; 17(2):147–156.
67. Barker ED, Jaffee SR, Uher R, Maughan B. The contribution of prenatal and postnatal maternal anxiety and depression to child maladjustment. *Depress Anxiety.* 2011; 28(8):696–702.
68. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *J Affect Disord.* 2012; 136(3):680–92.
69. Batenburg-Eddes V, Brion MJ, Henrichs J, Jaddoe VVW, Hofman A, Verhulst FC, et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2013; 54(5):591–600.
70. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Perra O, Sharp D. Mothers' antenatal depression and their children's antisocial outcomes. *Child Dev.* 2010; 81(1):149–165.
71. Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, Pingault J-B, Melchior M, Michel G, et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(12):1267–1275.
72. Fihrer I, McMahon CA, Taylor AJ. The impact of postnatal and concurrent maternal depression on child behaviour during the early school years. *J Affect Disord.* 2009; 119(1):116–123.
73. Letourneau NL, Tramonte L, Willms JD. Maternal depression, family functioning and children's longitudinal development. *J Pediatr Nurs.* 2013; 28(3):223–234.
74. Sharp D, Hay DF, Pawlby S, Schmücker G, Allen H, Kumar R. The impact of postnatal depression on boys' intellectual development. *J Child Psychol Psychiatry.* 1995; 36(8):1315–1336.

75. Hay DF, Pawlby S, Sharp D, Asten P, Mills A, Kumar R. Intellectual problems shown by 11-year-old children whose mothers had postnatal depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001; 42(7):871–889.
76. Wan MW, Salmon MP, Riordan DM, Appleby L, Webb R, Abel KM. What predicts poor mother–infant interaction in schizophrenia? *Psychol Med*. 2007; 37(04):537–546.
77. Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33(6):902–911.
78. Malhotra M, Kumar D, Verma R. Effect of psychosocial environment in children having mother with schizophrenia. *Psychiatry Res*. 2015; 226(2-3):418–424.
79. Yoshida K, Marks MN, Craggs M, Smith B, Kumar R. Sensorimotor and cognitive development of infants of mothers with schizophrenia. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1999; 175:380–387.
80. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse Negl*. 2002; 26(1):11–22.
81. Stepp SD, Whalen DJ, Pilkonis PA, Hipwell AE, Levine MD. Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personal Disord*. 2012; 3(1):76–91.
82. Barnow S, Spitzer C, Grabe HJ, Kessler C, Freyberger HJ. Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006; 45(8):965–972.
83. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schwartz EO, Frankenburg FR. DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *J Personal Disord*. 1988; 2(4):292–302.
84. Distel MA, Trull TJ, Derom CA, Thiery EW, Grimmer MA, Martin NG, et al. Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychol Med*. 2008; 38(9):1219–1229.
85. Cacioppo JT, Berntson GG, Sheridan JF, McClintock MK. Multilevel integrative analyses of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychol Bull*. 2000; 126(6):829–843.
86. Crandell LE, Patrick MPH, Hobson RP. “Still-face” interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2003; 183:239–247.

87. Hobson RP, Patrick M, Crandell L, García-Pérez R, Lee A. Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Dev Psychopathol.* 2005; 17(2):329–347.
88. Newman LK, Stevenson CS, Bergman LR, Boyce P. Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Aust N Z J Psychiatry.* 2007; 41(7):598–605.
89. Eisenberg N, Cumberland A, Spinrad TL, Fabes RA, Shepard SA, Reiser M, et al. The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Dev.* 2001; 72(4):1112–1134.
90. Feldman RB, Zelkowitz P, Weiss M, Vogel J, Heyman M, Paris J. A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Compr Psychiatry.* 1995; 36(2):157–163.
91. Abela JRZ, Hankin BL, Haigh EAP, Adams P, Vinokuroff T, Trayhern L. Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: the role of insecure attachment and reassurance seeking. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53.* 2005; 34(1):182–192.
92. Herr NR, Hammen C, Brennan PA. Maternal borderline personality disorder symptoms and adolescent psychosocial functioning. *J Personal Disord.* 2008; 22(5):451–465.
93. Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rüther E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res.* 2005; 134(2):169–179.
94. Kaitz M, Maytal HR, Devor N, Bergman L, Mankuta D. Maternal anxiety, mother-infant interactions, and infants' response to challenge. *Infant Behav Dev.* 2010; 33(2):136–148.
95. Schreier A, Wittchen H-U, Höfler M, Lieb R. Anxiety disorders in mothers and their children: prospective longitudinal community study. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2008; 192(4):308–309.
96. Main T. MOTHERS WITH CHILDREN IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL. *The Lancet.* 1958; 272(7051):845–847.
97. Appleby L, Dickens C. Mothering skills of women with mental illness. *BMJ.* 1993; 306(6874):348–349.
98. Racamier P-C, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *L'évolution Psychiatr.* 1961; 26(4):525–557.

99. Glangeaud-Freudenthal NMC, Howard LM, Sutter-Dallay A-L. Treatment – Mother–infant inpatient units. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(1):147–157.
100. Poinso F, Gay MP, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Rufo M. Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Arch Womens Ment Health*. 2002; 5(2):49–58.
101. Elkin A, Gilbert H, Slade M, Lloyd-Evans B, Gregoire A, Johnson S, et al. A national survey of psychiatric mother and baby units in England. *Psychiatr Serv Wash DC*. 2009; 60(5):629–633.
102. Glangeaud-Freudenthal N-D, Anne-LaureThieulin, Anne-ClaireDagens, VéroniqueZimmermann, Marie-AgatheDebourg, AlainAmzallag, CorinneCazas, OdileCammass, RafaëleKlopfert, Marie-EmmanuelleRainelli, ChristineTielemans, PascaleMertens, ClaudineMaron, MichelNezelof, SylviePoinso, François. Predictors of infant foster care in cases of maternal psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013; 48(4):553–561.
103. Howard LM, Thornicroft G, Salmon M, Appleby L. Predictors of parenting outcome in women with psychotic disorders discharged from mother and baby units. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110(5):347–355.
104. Appleby L, Friedman T. The Marcée Clinical Check-list: the basis of multicentre audit and research in severe postnatal illness. *Proc Int Marcée Soc Bienn Conférence*. 1996;
105. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM-C. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marc? checklist. *Arch Womens Ment Health*. 2004; 7(1):53–58.
106. Salmon M, Abel K, Cordingley L, Friedman T, Appleby L. Clinical and parenting skills outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003; 37(5):556–562.
107. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Disord*. 1995; 33(1):11–22.
108. Kohl PL, Jonson-Reid M, Drake B. Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. *Child Abuse Negl*. 2011; 35(5):309–318.
109. Hipwell AE, Kumar R. Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 1996; 169(5):655–661.
110. Howard L, Shah N, Salmon M, Appleby L. Predictors of social services supervision of babies of mothers with mental illness after admission to a

psychiatric mother and baby unit. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003; 38(8):450–455.

111. Whitmore J, Heron J, Wainscott G. Predictors of parenting concern in a Mother and Baby Unit over a 10-year period. Int J Soc Psychiatry. 2011; 57(5):455–461.
112. Glangeaud-Freudenthal NM-C. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000). Arch Womens Ment Health. 2004; 7(1):59–64.