

# Un programme mère-

Le programme mère-bébé des Hôpitaux universitaires de Genève accueille des mères en souffrance psychique, avec ou sans antécédents psychiatriques. Au fil des années, les infirmiers ont acquis une véritable expertise dans les soins aux mères et à leurs proches.

Les théories sur l'attachement (Guédénéy, 2006) montrent que le sentiment de sécurité, qui aide l'enfant à construire son identité, est impacté par des difficultés dans l'établissement du lien affectif précoce entre le bébé et ses parents. « L'insécurité d'attachement de l'enfant semble liée à l'altération des capacités de caregiving maternel », précise Guédénéy (2010). Ce concept de *caregiving* fait référence à la capacité à prendre soin de l'autre et trouve son origine dans ces relations maternelles précoces (Guédénéy, 2006).

En cas de troubles psychiques, « c'est la conjonction de la maladie mentale et de représentations préalables d'attachements insécures des mères qui aura le plus de conséquences sur le caregiving et donc sur le développement de l'enfant » (Guédénéy, 2010). Selon F. Ansermet (1999) « le stress prénatal et postnatal aura des conséquences épigénétiques (2) sur l'enfant à venir et sur sa descendance ».

Sabrina DELEAN\*  
Miléna ROCH-LESQUEREUX\*\*  
Véronique ROBERT\*  
Vanda SERRANO\*

\* Infirmière certifiée en soins aux patients en souffrance psychique, \*\* Infirmière

Unité psychiatrique hospitalière adulte, Département de santé mentale et psychiatrie, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Hôpitaux universitaires de Genève.

« La crise que provoque la naissance (...), tout comme d'autres événements de la vie, comporte donc une période de déséquilibre qui offre la possibilité d'un processus de développement dont l'issue pourrait être une réintégration personnelle et l'atteinte d'un nouvel équilibre » (De Grâce, 1986). Chaque femme vit cette étape de remaniement psychique de manière différente en fonction de son histoire, de ses fragilités, de son contexte socioculturel, de son âge. Ce bouleversement entraîne parfois des difficultés d'adaptation, très variables d'une femme à l'autre et qui peuvent provoquer une souffrance psychique qui nécessite parfois un accompagnement spécialisé. Dans des situations de vulnérabilités psychiques déjà existantes, la maternité (crise maturative selon Racamier, 1978) se complexifie encore. Pour ces cas difficiles, jusqu'à la création de l'Unité psychiatrique hospitalière adulte (UPHA), il n'existait souvent pas de solution alternative à la séparation mère-enfant. Nous allons décrire la spécificité de l'unité et l'expertise que nous y avons acquises.

## UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE

L'UPHA voit le jour au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en 1999. Cette structure très innovante permet d'hospitaliser des patients souffrant de troubles psychiatriques et somatiques aigus. Elle dépend du département de santé mentale et psychiatrie et est rattachée au Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC). Cette unité



© Stocklib - Jamin Merdan.

# bébé pour soigner le lien



est géographiquement intégrée à l'hôpital général et bénéficie ainsi du plateau technique nécessaire à sa mission. Trois programmes de soins sont proposés :

– **le programme de soins complexes** (11 lits) concerne les patients qui souffrent conjointement de pathologies psychiatriques et physiques, dont les soins requièrent les deux dimensions intégrées : soma et psyché ;

– **le programme mère-bébé** (3 lits), axé sur le lien mère-enfant, existe depuis 2000. L'investissement, la créativité des soignants ont été récompensés par le « Prix coup de cœur » dans le cadre du Prix Qualité des HUG en 2003 ;

– **le programme pour patients souffrant de troubles de la conduite alimentaire** (anorexie, boulimie et hyperphagie) (4 lits) a intégré l'UPHA en 2007, il était auparavant implanté dans le service de médecine. La richesse et la variété de la population accueillie témoignent d'une réelle complexité des soins au quotidien, ce qui nécessite une coordination efficace et pertinente de tous les intervenants, intégrés ou non à l'équipe de soins. La pluridisciplinarité dans ce contexte prend tout son sens.

Au départ, l'équipe soignante était confrontée à des demandes d'hospitalisation en urgence sans moyen spécifique pour y faire face, ce qui a entraîné des ajustements. Cela a été aussi le début d'une réflexion et d'un travail commun entre le service d'obstétrique, le département de psychiatrie et la pédiatrie. Cette collaboration a permis progressivement de structurer l'accueil des mères et de leurs bébés, et de créer des outils d'observation de la relation mère-enfant dans un cadre de référence commun. Le savoir-faire infirmier et l'autonomie des soignants dans ce programme mère-bébé se sont construits dans une pratique réflexive en collaboration avec une sage-femme.

### ÉVOLUTION DES BESOINS

Au fil du temps, l'équipe pluridisciplinaire a dû s'adapter à la complexité et à la diversité des demandes de soins en périnatalité. Nous rencontrons des situations familiales multiples : mariage mixte, séparation, famille recomposée, monoparentalité ou homoparentalité, procréation médicalement assistée... ainsi que des difficultés sociales : immigration, pauvreté, isolement, violence. Il s'agit d'accueillir chaque mère, quelle que soit sa souffrance en lien avec une crise majeure

autour de la naissance, avec ou sans antécédent psychiatrique : dépressions, décompensations psychotiques, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, addiction...

La première année, en 2000, le programme a accueilli cinq mamans. Il s'agissait surtout d'admissions en urgence, avec une durée moyenne de séjour de 30 jours. Par la suite, un travail de communication sur ce programme a été réalisé (dépliant, congrès médicaux et infirmiers...).

La durée de séjour, très variable et peu prévisible, tient compte du rythme de la résolution de la crise et des ressources familiales et sociales de la patiente. En 2011, la durée moyenne dans le programme mère-bébé est de près de 51 jours, avec des durées individuelles pouvant atteindre 150 jours.

La proportion d'hospitalisations conjointes mère-bébé est le plus souvent égale ou supérieure à celle des hospitalisations séparées, ce qui reste pour nous un gage de réussite et un témoin de confiance de la part des différents intervenants (pédiatrie, obstétrique, psychiatrie). Le pourcentage de patientes hospitalisées en cours de grossesse oscille entre 14 et 40 % tandis que celui des patientes admises pour une IVG dans le cadre d'un trouble psychique reste faible. Ces parents accueillis sont en souffrance dans leur fonction, ou future fonction parentale qui les submerge, soit de leur propre constat, soit de celui de tiers. Ils se sentent en décalage avec leur projet initial, la réalité ne correspond plus au bonheur attendu. Dans le cadre du suivi prénatal, la maternité des HUG propose également une consultation hebdomadaire et pluridisciplinaire (gynécologues, sages femmes, assistantes sociales, pédopsychiatres, psychiatres), pour les femmes en situations psychosociales à risque. Dans ce contexte, ce programme mère-bébé propose une expertise dans un cadre de prévention primaire mais aussi de soins curatifs, pré et post-partum.

#### • Annie, « une goutte d'huile dans mon ventre »

Annie, 38 ans, sans-domicile fixe, est une patiente française en rupture de tout lien social. Elle souffre d'une psychose infantile et a été victime de maltraitance physique et psychique durant son enfance. Elle a également fait plusieurs voyages pathologiques (3). Elle est admise à l'UPHA en soins sans consentement via l'Unité mobile

de soins communautaires (UMSCO). À son arrivée, elle est enceinte de 8 mois mais présente un déni de grossesse et évoque « une goutte d'huile dans son ventre ». Elle présente un état d'agitation psychomotrice, des hallucinations et un délire enkysté. Annie ne connaît pas l'identité du père de son enfant. Suite à une fugue de l'hôpital, une mise en danger et des comportements à risque, elle passe les dernières semaines avant son accouchement en chambre d'isolement. Durant ce temps, le déni de grossesse perdure. Elle semble prendre conscience de son état alors qu'elle part en salle d'accouchement. Elle est accompagnée par l'infirmière de l'unité qui reste avec elle pour la durée de la naissance. Lorsqu'Annie tient son fils dans ses bras, elle répète : « *Qu'est-ce qu'il est beau!* » Elle prend soudain conscience de la réalité et se montre inquiète de l'avenir de son fils.

Après l'accouchement, Annie revient à l'UPHA et son fils est hospitalisé à l'Unité de développement de pédiatrie des HUG. Tout au long de ce séjour, le lien entre la mère et l'enfant est maintenu. Annie rend visite quotidiennement à son bébé puis l'enfant vient pour des demi-journées à l'UPHA. Tous ces moments sont accompagnés et encadrés par les soignants du service, en collaboration avec les professionnels de pédiatrie.

L'équipe pluridisciplinaire travaille la relation dans l'ici et maintenant tout en préparant le projet de sortie. Les recherches d'une structure pouvant accueillir la mère et l'enfant en France s'intensifient. Les troubles psychiques restent prégnants. Annie choisit de faire adopter son enfant. Cette décision est prise en concertation entre la maman, les équipes de psychiatrie et de pédiatrie et les services de protection des mineurs. Après cinq mois passés à l'UPHA, Annie fugue à nouveau, et l'enfant est placé dans l'attente d'une adoption.

### OBJECTIFS ET CADRE

L'hospitalisation à l'UPHA offre un cadre spatio-temporel qui favorise l'observation et l'évaluation de la relation mère-bébé. Ce temps s'inscrit dans une chaîne de collaboration : le département de l'enfant et de l'adolescent, le département d'obstétrique et de gynécologie, le département de santé mentale et psychiatrie, les services de protection des mineurs et les structures d'accueil (foyers, familles, crèches).

Chaque famille, chaque situation, reste singulière. Une admission est toujours une nouvelle rencontre. Pour bien accompagner ces mères (ou mères en devenir) en difficultés psychiques, les soignants doivent les accepter de manière inconditionnelle et porter sur elles un regard bienveillant, sans jugement, avec ce que cela comporte parfois comme incidence sur les émotions des soignants.

Son investissement et son soutien ont largement contribué au développement et à la pérennité du programme. Grâce à cette collaboration, nous avons appris à penser le soin à l'enfant au travers des théories de Brazelton (2).

En parallèle, nous avons affiné notre capacité d'observation en créant des grilles spécifiques. Peu à peu, l'équipe a ainsi acquis des compétences dans les soins du post-

mieux aider les patientes à réaliser leurs projets.

– Projection/clivage/identification projective. Le soignant doit garder à distance ce qui est de sa propre histoire et de sa conception de la parentalité afin de rester ouvert aux représentations et aux attentes des familles.

Ces mécanismes de défense, avec lesquels nous devons évoluer, peuvent entraver



**Le soignant doit faire le deuil de sa vision de la mère parfaite, et faire un travail quotidien pour mettre à distance ses propres représentations et ses valeurs personnelles et mieux aider les patientes à réaliser leurs projets. »**

Les objectifs des prises en charge consistent à :

- accompagner la mère dans la rencontre avec son enfant en l'aidant par exemple à faire le deuil du bébé imaginaire face à celui qui se présente à elle ;
- amener la femme à la rencontre de la mère en elle et l'aider dans la transition de ses rôles ;
- aider à décrypter le langage du bébé, les signes non verbaux ;
- créer et/ou maintenir le lien mère-enfant.
- apporter une sécurité affective à la mère pour lui permettre de développer ses compétences ;
- permettre à la mère d'acquérir et de valoriser des compétences, des ressources et des limites dans le maternage par modélisation des professionnels.

Ce programme se déroule dans un lieu où sont hospitalisés des patients souffrant d'autres pathologies. Nous observons que la présence de bébés favorise les interactions et encourage les rencontres au sein de l'unité. Les mamans présentent leur bébé et sont attentives à leur image de mère. Les autres patients valident leurs compétences et ainsi les renforcent. Ils modifient également leurs attitudes et leurs comportements : posture calme, voix adaptées, babillage et interactions, inquiétudes par rapport au bébé. Dans leurs échanges, ils font appel à leur propre expérience de la parentalité (réelle ou imaginaire) pour accompagner et soutenir les mères.

### LA NÉCESSAIRE PLURIDISCIPLINARITÉ

Lors de la création du programme mère-bébé, nous avons sollicité l'aide d'une collègue sage-femme, spécialiste clinique.

partum comme l'allaitement, le sevrage ou les rythmes de l'enfant.

Dès l'admission d'une maman (ou future maman) dans le programme, nous contactons systématiquement cette sage-femme pour une consultation d'anamnèse obstétricale, afin de favoriser la prise en soins globale. De même, l'équipe de pédopsychiatrie intervient rapidement auprès des mères afin de faciliter le décodage de la relation mère-enfant et permettre un renforcement des compétences de la maman et de son enfant. Face à la sage-femme, à l'infirmière ou aux pédopsychologues, la patiente livre généralement des informations différentes. Nous croisons donc systématiquement nos perceptions, nos données et notre compréhension de la situation. Plus globalement, il est primordial de partager nos impressions en équipe pluridisciplinaire, le comportement de la maman pouvant être diamétralement différent en présence de l'enfant et du professionnel qui observe (infirmier, sage-femme...). Dès lors, il est important de croiser ces observations avec les professionnels spécialistes de l'enfant afin d'optimiser notre perception de la situation.

L'équipe soignante est souvent confrontée à des difficultés inhérentes à ses propres représentations. Parmi elles, on distingue :

- Toute-puissance/impuissance. Il est impératif d'être à l'écoute de nos limites (disponibilité, compétences) pour mieux garantir un cadre de soins sécurisant.
- Idéalisation/jugement. Le soignant doit faire le deuil de sa vision de la mère parfaite, et faire un travail quotidien pour mettre à distance ses propres envies, ses valeurs personnelles pour pouvoir

la qualité de la relation thérapeutique et biaiser notre objectivité. Afin d'éviter ces écueils, la supervision est indispensable. Elle permet de faire le tri entre nos émotions, nos projections et la situation réelle, de dégager des objectifs réalistes et bienveillants, sans jugement, et de maintenir ainsi une distance « *suffisamment bonne* ».

### LE COUPLE PARENTAL

L'arrivée d'un enfant dans un couple, dans une famille, est un facteur de déséquilibre du système, qui engendre de fait une période de crise. La plupart du temps, cette crise reste dans le registre dit des crises évolutives, c'est-à-dire liées au cycle de la vie. Dans le cas des patientes qui arrivent à l'UPHA, à cette crise évolutive s'ajoute une crise dite situationnelle, induite par une fragilité psychique, une dynamique familiale perturbée, un handicap ou un accident. Durant l'hospitalisation de la mère et de l'enfant, le papa est souvent un allié primordial. En effet, à leur arrivée, les mamans sont souvent épuisées. Nous demandons donc aux pères de garder à domicile les bébés pour permettre à leur compagne de se reposer. Ils organisent des visites et assurent la fonction « maternelle » pendant ce temps, ce qui offre à leur femme un espace de sécurité afin qu'elle puisse prendre du temps pour elle. Lorsque l'état de la maman permet une hospitalisation conjointe avec l'enfant, nous invitons alors le père à prendre du temps pour se reposer, se « recharger ». Le retour à domicile se fait progressivement, avec des permissions de plus en plus longues, d'abord en couple puis en famille avec bébé.

Chaque sortie est évaluée lors d'entretiens familiaux qui peuvent être poursuivis en ambulatoire.

## • Ingrid et son « manque d'amour »

Ingrid, 35 ans, est adressée à l'UPHA par la consultation de périnatalité. Mariée, avec un emploi stable, elle n'a pas d'antécédent psychiatrique. Elle présente un état d'épuisement et un syndrome dépressif suite à la naissance de son deuxième fils. Dans un premier temps, Ingrid est hospitalisée seule et ses proches s'occupent des deux enfants. Au cours des semaines précédentes, la patiente avait perçu ses difficultés à domicile mais persévéré dans son rôle de maman. Aujourd'hui, à bout, épuisée, elle ne trouve plus les ressources pour continuer. Elle n'a pas d'idée suicidaire mais pleure beaucoup, se sent angoissée, a l'impression de ne pas aimer ce nouveau-né et d'être une mauvaise mère. Son mari se montre très présent et soutenant mais se sent impuissant à l'aider davantage. Ingrid décrit une relation très fusionnelle avec son fils aîné, ce qui la culpabilise d'autant plus du « manque d'amour » qu'elle dit éprouver pour son cadet. Ingrid a besoin de temps et d'espace pour se recentrer sur elle, se reposer, reprendre ses marques et réapprendre à se faire confiance. L'équipe l'accueille dans ses difficultés, l'aide à contenir son angoisse, à la mettre en mots en l'approvoisant. Les soignants l'entourent, la soutiennent, l'aident à décrypter et à décoder ce qu'elle vit, la « maternement » afin qu'elle puisse elle-même redevenir mère. Au début de la prise en charge, Ingrid reste très angoissée lors des visites de son enfant. Elle a des crises de panique, ne peut concevoir l'hospitalisation conjointe et répète qu'elle n'est pas prête.

Face à la stagnation de la situation et à l'épuisement de la famille, le bébé est placé en pédiatrie. Pour Ingrid, cette décision crée l'occasion d'éprouver le manque de son enfant. Elle initie un travail de rapprochement avec l'aide des pédo-psychiatres. Après une dizaine de jours, l'enfant rejoint sa mère à l'UPHA. Au bout de quelques semaines, Ingrid sort malgré la persistance de ses craintes et sa peur de « ne pas y arriver ». Elle nous recontacte quelques mois plus tard via une carte postale pour témoigner de son évolution et de son attachement à son petit dernier.

## CONCLUSION

Près de quinze ans après la création du programme-mère bébé au sein de l'Unité de psychiatrie hospitalière adulte des HUG, nous mesurons le chemin parcouru. Pluridisciplinarité et partage des connaissances ont fait de cet espace un lieu d'expertise dans les soins apportés aux mères, mais aussi à leurs proches. La diversité des situations accueillies et traitées en fait aussi sa spécificité. L'UPHA peut accueillir des mères souffrant de toxicodépendance, de troubles psychotiques ou de schizophrénie, avec ou sans antécédent psychiatrique, ce qui la distingue d'autres programmes.

On ne saurait conclure sans reconnaître l'importance des moyens mobilisés, la nécessité de travailler au sein d'un réseau très élargi et l'investissement quotidien des soignants. Nous avons conscience des coûts engendrés par ces hospitalisations prolongées et complexes. D'un point de vue soignant et humain, la rencontre et la création du lien mère-enfant restent un crédit pris sur l'avenir.

Cet article a également été rédigé avec la participation d'Anne Bardet Blochet, sociologue, et Brigitte Corabœuf, infirmière spécialiste clinique, HUG et avec le soutien de Christel Alberque, médecin adjoint du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Sylvie Beyoux, infirmière responsable d'unité de soins et du Prof. Alessandra Canuto, médecin cheffe du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, HUG.

1 – L'épigénétique désigne l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression des gènes.

2 – Le pédiatre américain T. B. Brazelton est un des premiers à avoir fait connaître les compétences du tout-petit. On lui doit notamment *Écoutez votre enfant* (Petite bibliothèque Payot, 2006). Il a également mis au point une échelle d'observation du nouveau-né, dite échelle Brazelton, très utilisée en pédiatrie.

3 – *Le voyage pathologique est un déplacement réel motivé par des causes psychopathologiques : le patient explique par exemple qu'il fuit un complot, qu'il a une mission à accomplir, que ses voix lui ont ordonné de se rendre sur un lieu précis.*

## BIBLIOGRAPHIE

- Ansermet F. 1999, *Clinique de l'origine : l'enfant entre le médecin et la psychanalyse*. Lausanne : Payot.
- De Grâce GR, Joshi P. 1986, *Les crises de la vie adulte*, Montréal, édition Décarie.
- Guédeney N, Guédeney, A. 2006, *L'attachement : concepts et applications*, Paris : Masson.
- Guédeney N, Guédeney A. 2010, *L'attachement : approche clinique*, Paris : Masson.
- Racamier P.C. 1978, *Mère mortifiée, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris, ESF.
- Winnicott D.W. 2006, *La mère suffisamment bonne*. Éditions Payot et Rivages, Paris.

**Résumé :** Créé en 2003, le programme mère-bébé de l'Unité psychiatrique hospitalière adulte (UPHA) des Hôpitaux universitaires de Genève accueille des mères (ou future mères) en difficultés, notamment psychiques, mais aussi sociales, économiques. L'équipe infirmière a développé des compétences et une expertise particulière dans l'observation et le soin du lien précoce mère-enfant.

**Mots-clés :** Accompagnement thérapeutique – Attachement – Cas clinique – Équipe pluridisciplinaire – Hospitalisation mère-enfant – Interaction précoce – Supervision.