

Analyse d'un dispositif de soin Accordages proposant une intervention précoce de soutien à la relation parents-bébé dans un contexte de vulnérabilité familiale

Analysis of the « Accordages » care system
that offers early intervention to support the
parent-baby relationship in a context of family
vulnerability

Fabienne Wälli Phaneuf¹ et Édouard Gentaz²

Wälli Phaneuf F., Gentaz É.,
(2022). Analyse d'un
dispositif de soin
Accordages proposant
une intervention précoce
de soutien à la relation
parents-bébé dans un
contexte de vulnérabilité
familiale. *Devenir*,
vol. 34(4), 381-408.
doi: 10.3917/dev.224.0381

Introduction

Il existe un consensus international sur le rôle déterminant des trois premières années de la vie non seulement pour le développement de l'enfant et ses apprentissages, mais aussi pour la santé globale de l'adulte qu'il deviendra (Machel, 2017). Des dispositifs de soin ou des interventions hautement spécialisées sont jugés nécessaires auprès d'enfants issus de familles vulnérables.

Les familles vulnérables, aussi appelées « familles à problèmes multiples » (Stoléro et Moralès, 1989) ou *hard-to-reach families* (Boag-Munroe et Evangelou, 2012) suscitent de nombreuses inquiétudes quant aux effets sur le développement des bébés. Elles mobilisent l'intervention de nombreux professionnels de la petite enfance : travailleurs sociaux, médecins, infirmiers, sages-femmes, services juridiques et de protection. Les difficultés peuvent être propres aux familles et à leurs membres ou liées à des facteurs externes (logement, travail...). Une des caractéristiques est la fragilité des liens établis par ces familles, ce qui a amené le concept de « pathologie des liens » comme processus à l'œuvre (Garret-Gloane et Pernel, 2015). La fréquence des interruptions prématurées des accompagnements, l'absence de demande ou de reconnaissance du besoin d'aide sont des caractéristiques de ce processus. On observe aussi des attaques fréquentes contre les liens établis entre eux ou avec les

1 MD, Cabinet de pédopsychiatrie, Genève, Suisse.

2 PhD, Faculté de psychologie et sciences de l'éducation, Université de Genève, Suisse.

fabienne.waelli@amge.ch

Conflit d'intérêts

Aucun.

professionnels, la méfiance, la désorganisation du temps et de l'espace, la perte de l'espoir d'un changement, la répétition et les contre-attitudes négatives, moralisatrices ou évitantes des professionnels à leur égard. À familles vulnérables on doit répondre par des dispositifs de soins complexes car il n'y a pas de solution simple (« *Complex issues need complex solutions* », Shonkoff, *et al.*, 2012). Ainsi, ces dispositifs de soin destinés aux familles vulnérables doivent faire preuve de consistance, de créativité et de continuité. Des interventions ont pu être formalisées et leurs effets mesurés avec une méthodologie expérimentale fondée sur la preuve (Gentaz, 2022). Il a été montré que des interventions précoces sur les interactions parents-enfant ont des effets positifs pour la mère et l'enfant sur plusieurs dimensions (Tereno, *et al.*, 2019). Par exemple, en France, l'étude CAPEDP (Guédeney, *et al.*, 2012; Dugravier, *et al.*, 2009) est un projet d'évaluation des effets d'un modèle d'intervention précoce à domicile en population multirisques. L'étude réalisée entre 2006 et 2011 impliquait 440 femmes suivies dès le 3^e trimestre de grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant avec un groupe témoin. Les résultats montrent les effets bénéfiques de l'intervention sur la qualité de l'attachement de l'enfant et sur certaines compétences maternelles (par rapport à un groupe contrôle). En Allemagne, le projet FIRST STEPS (Lebiger-Vogel, *et al.*, 2015), développé également en population multirisques et en contexte de migration, a analysé le devenir d'enfants entre 0-3 ans au cours d'une intervention au domicile de 170 familles. Enfin, les interventions au domicile des familles vulnérables peuvent être efficaces si la relation avec les professionnels s'établit bien (Guédeney, *et al.*, 2012).

Dans un dispositif de soin ou une intervention, l'identification et le traitement des troubles mentaux maternels sont indispensables pour que la mère soit en état de prendre soin de son bébé et limiter les effets délétères de ses difficultés psychiques sur la relation parents-bébé et sur le développement ultérieur du bébé. Parmi les troubles mentaux les plus étudiés, la dépression du post-partum a un effet négatif sur le développement de l'enfant, que ce soit au niveau social, émotionnel ou cognitif (Malsert et Lejeune, 2015; Nanzer, 2009). Les difficultés affectives de la mère peuvent entraver sa capacité à interagir avec son enfant de manière ajustée, perturbant précocement la relation mère-enfant. Manque de réactivité, passivité ou intrusivité, retrait ou évitement, pauvreté dans l'expression des émotions positives sont des comportements observés chez une mère déprimée (Netsi, *et al.*, 2018; Tronick et Weinberg, 1997; Reck, *et al.*, 2004; Hay, 1997). Les difficultés non résolues de la mère, décrites

dans le concept de « *Ghosts in the nursery* » par Fraiberg (1975) peuvent entraver la construction du lien mère-enfant. Les psychothérapies mère-bébé, ou parents-bébé, centrées sur la relation parent-bébé, à partir de ce concept, ont montré un bénéfice pour la mère qui est moins déprimée et pour la qualité de la relation parent-bébé (Salomonsson, 2010). Des bénéfices pour le développement de l'enfant, en particulier la qualité de l'attachement, ont également été observés (Guédeney et Guédeney, 2013).

Identifier et traiter ces troubles doit être au mieux un travail pluridisciplinaire qui se fait en ambulatoire, mais il est parfois indiqué de le faire en milieu hospitalier, dans les suites de l'accouchement immédiat ou en différé. La séparation du bébé et sa mère qu'impose une hospitalisation en milieu psychiatrique pour elle a des effets négatifs sur la construction du lien d'attachement avec son bébé (Christl, 2015). Le Retrait Relationnel Précoce (RRP) a été décrit dans 35 % des cas d'hospitalisations mère-bébé dans une étude de Tonnadre et Guédeney (2017). Il est considéré comme un signal d'alarme et de souffrance psychique du nourrisson. Les hospitalisations conjointes mère-bébé ont ainsi vu le jour avec pour triple objectif de stabiliser et traiter la mère, la soutenir dans l'établissement de la relation à son bébé et ainsi préserver le développement du bébé (Wittkowski, 2015).

D'autres études ont souligné l'importance d'autres facteurs susceptibles de modérer les effets des troubles mentaux maternels, dans un sens positif ou négatif. Parmi ces facteurs, les recherches s'intéressant au rôle du père ont montré que celui-ci pourrait compenser cet effet négatif, soit en offrant au bébé l'expérience d'interactions ajustées, soit en soutenant la mère dans ses difficultés. Mais il pourrait l'aggraver, dans le cas d'une relation conjugale conflictuelle par exemple. Le père peut également présenter des troubles mentaux périnataux (dépression, anxiété) qui ont aussi un effet négatif sur le développement ultérieur du bébé (Sarkadi, 2008). De plus, le père joue un rôle fondamental dans le soutien à l'établissement de la relation mère-bébé, montrant la nécessité de l'inclure dans les interventions (Glangaud-Freudenthal, 2004). Lorsque les deux parents sont fragilisés par un trouble psychique périnatal, la relation parent-bébé est d'autant plus difficile à construire et le bébé en est d'autant plus impacté (Pilkington, 2019).

Lorsque la mère et le bébé sont admis conjointement dans une Unité Mère-Bébé (UMB), cela implique une séparation du bébé d'avec son père. Il est souvent difficile pour le père de trouver sa place dans les soins proposés, et qu'il y soit associé. Un dispositif de soins parents-bébé, qui

peut évaluer les besoins des deux parents et du bébé et intervenir précocement et de façon soutenue sur la relation, a un effet d'autant plus favorable que le père est associé (Tissot, 2011 ; Favez, 2012).

Glangeaud-Freudenthal *et al.* (2014) ont fait un état des lieux des UMB dans le monde. Le manque d'évaluations de leurs coûts-bénéfices à court terme et à long terme pour la mère, le père et le bébé n'aide pas les politiques en matière de santé et les directions médicales à comprendre la nécessité de développer des unités de soins conjoints parents-bébé. En Suisse, en 2007, trois unités spécialisées (offrant 3-8 lits) étaient en place, ce qui correspond à une UMB pour 2,5 millions de personnes, tandis qu'au Royaume-Uni, il y avait 22 UMB (168 lits) en 2012, ce qui correspond à une UMB pour 2,8 millions de personnes. Chaque année, plus de 4 100 bébés naissent à la maternité des Hôpitaux universitaires de Genève qui est la plus grande maternité en Suisse. Parmi eux, 300 sont identifiés comme étant à risque dans leur développement en raison de la présence de facteurs de risque psychosociaux.

À Genève, le dispositif de soin « Accordages », destiné à évaluer et à traiter ces situations à risque, implique une pluralité de professionnels (pédopsychiatre, psychomotricienne, puéricultrice, aide-soignante, assistante sociale et psychologue). Les indications peuvent être (1) pour le parent : maladie psychiatrique actuelle et/ou passée, histoire de maltraitance physique/psychologique/sexuelle dans l'enfance, anamnèse de violences physiques/psychologiques/sexuelles domestiques actuelles, associé(es) à un ou plusieurs facteurs de risque sociodémographiques tels que : absence d'emploi, monoparentalité, faible niveau d'éducation, difficultés de logement, précarité économique ; (2) pour le bébé : complications néonatales (Retard de Croissance Intra-Utérin-RCIU, prématurité, hospitalisation au cours du premier mois de vie pour raison somatique), maladie somatique chronique, symptômes fonctionnels pouvant traduire une souffrance (irritabilité, trouble alimentaire, troubles du sommeil, difficultés de régulation tonique et émotionnelle) et (3) pour la relation parent-bébé : tout ce qui participe à la fragilisation de l'établissement de la relation parent-bébé compte tenu de ce qui précède dans les indications du parent et du bébé.

Les voies d'entrée pour les familles à « Accordages » sont principalement l'hôpital (maternité, unités de pédiatrie) dont l'indication est portée par les pédopsychiatres. L'indication pour des parents hospitalisés en psychiatrie ou suivis en ambulatoire est discutée par les psychiatres et pédopsychiatres de liaison. Le suivi psychiatrique des parents

mis en place est alors poursuivi en parallèle d'Accordages. Une fois que l'indication est confirmée, un entretien de préadmission est organisé, si possible en présence du collègue qui connaît la situation et l'a suivie. Les modalités de soins sont expliquées aux parents, qui sont conviés à deux lorsque le père est connu et impliqué, mais le plus fréquemment ce sont les mères qui se présentent à ces entretiens. Toutes les informations relatives au fonctionnement d'Accordages leur sont données. À la suite d'une première phase de confirmation de l'indication de suivi de soins à Accordages, un plan de traitement et de bilans est élaboré. La fréquentation peut aller d'un à cinq accueils du type hôpital de jour par semaine, en fonction de l'indication et des besoins spécifiques pour une durée de six à douze mois (*cf.* accueil type dans la méthode).

Dans le présent article nous analysons le dispositif de soin « Accordages » avec quatre objectifs principaux. Le premier objectif est d'identifier les facteurs de risque psychosociaux présentés par les familles suivies. Parmi eux figurent les facteurs sociodémographiques du parent (âge, formation, emploi, situation économique, état civil, logement, parité de la mère, l'existence d'un autre enfant déjà placé ou suivi par le Service de Protection des Mineurs de Genève (SPMi), origine (déterminée par leur lieu de naissance), le fait d'être issu de la migration (statut de réfugié), soutien social) et les facteurs médicaux (antécédents psychiatriques, présence d'un trouble psychiatrique actuel, histoire de maltraitance, présence de violence domestique actuelle, de complications médicales durant la grossesse ou l'accouchement). Chez les bébés, les facteurs suivants sont étudiés : l'âge, le sexe, la présence de complications néonatales (RCIU, prématurité, hospitalisation au cours du premier mois de vie), une séparation d'avec leur mère dans les six premiers mois de vie (due à une hospitalisation, un placement), l'implication du SPMi, le diagnostic (de santé mentale et troubles du développement). La première hypothèse est que la majorité des parents à « Accordages » présentent plusieurs facteurs de risque psychosociaux. Au moyen des entretiens cliniques avec le clinicien référent, il y a un travail thérapeutique centré sur la parentalité qui est fait chaque semaine. Un travail d'accompagnement du parent est également proposé au domicile par l'assistante sociale qui prend en compte les difficultés sociales et économiques. Le deuxième objectif est d'analyser qualitativement le développement de l'état mental des parents suivis. La deuxième hypothèse est qu'il y a une amélioration de l'état mental des parents en fin de suivi par rapport au début. Le troisième objectif est d'analyser le développement

de la relation parents-bébé des familles suivies. La troisième hypothèse est que la qualité de la relation parents-bébé s'améliore en fin de suivi par rapport au début. Le quatrième objectif est d'investiguer le développement des bébés des familles suivies. La quatrième hypothèse est que le niveau de développement des bébés suivis à Accordages mesuré avec des épreuves comportementales progresse ou au minimum ne se détériore pas entre douze et six mois.

Méthode

Participants

L'analyse porte sur 24 bébés et leurs parents, 22 mères et 10 pères. Les parents ont donné leur consentement et ont terminé le suivi à « Accordages ». Quatre types de données ont été sélectionnés et extraits à partir des dossiers médicaux et des entretiens cliniques. (1) Les données sociodémographiques étudiées chez les parents sont : l'âge, la formation, l'emploi, leur situation économique, l'état civil, le logement, la parité de la mère, l'existence d'un autre enfant déjà placé ou suivi par le SPMi, leur origine (déterminée par leur lieu de naissance), le fait d'être issu de la migration (statut de réfugié), leur soutien social. (2) Les données médicales et psychiatriques des parents étudiées sont : la présence d'antécédents psychiatriques, la présence d'un trouble psychiatrique actuel, une histoire de maltraitance, la présence de violence domestique actuelle, de complications médicales durant la grossesse ou l'accouchement. (3) Les données étudiées chez les bébés sont : l'âge, le sexe, la présence de complications néonatales (RCIU, prématurité, hospitalisation au cours du premier mois de vie), une séparation d'avec leur mère dans les six premiers mois de vie (due à une hospitalisation, un placement), l'implication du SPMi (bébé signalé comme étant à risque dans son développement et en cours d'évaluation sociale), le diagnostic (de santé mentale et troubles du développement). (4) Les données concernant le suivi à Accordages sont : la durée, l'origine de la demande, la fréquence des accueils, l'indication à la fin du suivi. À l'entrée dans notre unité Accordages, une explication est donnée aux parents concernant les modalités de prise en soins. Parmi celles-ci, en dehors de l'activité clinique habituelle, des mesures systématiques sont proposées à l'entrée, lorsque le bébé est âgé de 2-4 mois, à 6 mois et à la sortie. Cette étude a été approuvée par la Commission cantonale d'éthique de la recherche (CCER) le 29 juin 2020.

Description de la population

Les parents

Les données sociodémographiques des parents (tableau A) montrent un âge moyen de 30,8 ans pour les mères. La majorité parmi elles est sans emploi et a besoin d'une aide financière de l'État. Plus du tiers parmi elles est dans une situation familiale monoparentale, est isolé et sans soutien social et familial. Pour la plupart des mères, c'est le premier enfant.

Tableau A. Caractéristiques socio-médico-démographiques des mères (N=22) et des pères (N= 10)

	Mères		Pères	
	N	(%)	N	(%)
Âge (années)	Moy=30,8 (Écart-type= 7)	Min-Max 18,3-43,6	Moy=36,8 (Écart-type= 7,5)	Min-Max 25,4-48,5
Niveau formation				
École obligatoire ou moins	12	54,5	1	10
École secondaire	3	13,6	3	30
Enseignement supérieur (hautes écoles, université)	7	31,8	6	60
Emploi				
Oui	6	27,3	7	70
Non	16	72,7	3	30
Situation économique				
Autonome (sans aide de l'État/rente)	10	45,5	9	90
Au bénéfice d'une aide financière de l'État/rente en assurance invalidité (AI)	12	54,5	1	10
Logement				
Indépendant	19	86,4	10	100
En foyer	3	13,6	0	0
Origine				
Europe	13	59,1	4	40
Afrique	7	31,8	4	40
Asie	1	4,5	1	10
Amérique latine	1	4,5	1	10
Migration				
Oui	6	27,3	2	20
Non	16	72,7	8	80
État civil				
En couple avec le père/la mère	13	59,1	9	90
En couple avec un/une partenaire	1	4,5	1	10
Seul(e)	8	36,4	0	0
Parité				
Primipare	15	68,2		
Multipare	6	31,8		
Enfant précédent déjà placé ou suivi par le SPMi				
Oui	2	9,1		
Non	20	90,9		
Soutien social/familial				
Oui	7	31,8	7	70
Non	15	68,2	3	30

Les 10 pères sont en moyenne plus âgés (36,8 ans) que les mères. La majorité a fait des études supérieures et a ainsi un niveau de formation plus élevé que les mères. Ils sont principalement en couple avec les mères et sont tous impliqués dans les soins proposés.

Le profil médical et psychologique des parents fait ressortir que la majorité des mères (90,9 %) a des antécédents psychiatriques, le trouble dépressif étant le plus fréquent. Une part importante d'entre elles a eu des complications au cours de la grossesse et durant l'accouchement. Chaque mère peut avoir plusieurs diagnostics psychiatriques selon la *CIM-10* (tableau B).

Du côté des pères, un tiers d'entre eux n'a pas d'antécédent psychiatrique. On remarque que d'autres diagnostics apparaissent et diffèrent des mères comme le trouble des conduites et l'addiction.

Les diagnostics actuels des parents font ressortir que chez les mères, le trouble dépressif est le plus fréquent, suivi du trouble de la personnalité. Une proportion importante des participantes a un retard mental qui s'est manifesté dans nos observations par une persévération, une

Tableau B. Facteurs médicaux et psychologiques des mères (N=22) et des pères (N=10)

	Mères		Pères	
	N	%	N	%
Antécédents psychiatriques				
Trouble dépressif	13	59,1	2	20
Trouble bipolaire	1	4,5	2	20
Trouble anxieux	2	9,1	0	0
Addiction	2	9,1	2	20
Trouble de la personnalité	2	9,1	1	10
Autre	2	9,1	2	20
Pas de diagnostic	2	9,1	3	30
Histoire de maltraitance physique/psychologique, d'abus sexuel dans l'enfance				
Oui	9	40,9	2	20
Non	13	59,1	8	80
Violences domestiques physiques/psychiques/sexuelles actuelles				
Oui	10	45,5	4	40
Non	12	54,5	6	60
État de stress post-traumatique				
Oui	6	27,3	3	30
Non	16	72,7	7	70
Complications médicales durant la grossesse				
Oui	9	40,9		
Non	13	59,1		
Complications durant l'accouchement				
Oui	10	45,5		
Non	12	54,5		

difficulté à s'adapter aux progrès et nouvelles acquisitions développementales de leur enfant et y donner des réponses adaptées, une difficulté à anticiper et à s'organiser autour des soins quotidiens de leur enfant et un problème d'autonomisation par rapport aux modèles et consignes qu'on leur a données. 11,7 % des mères ont un trouble psychotique. Une mère sur cinq (20,5 %) a une comorbidité. L'association la plus fréquente est le trouble psychotique et retard mental (80 % des cas). Le trouble dépressif est associé au trouble de la personnalité borderline dans 31,8 % des cas, et au trouble anxieux dans 22,7 % des cas (tableau C).

Tableau C. Diagnostics des mères (N=34) et des pères (N=10) selon la CIM-10

	Mères		Pères	
	N	%	N	%
Trouble dépressif	10	29,4	2	20
Trouble bipolaire	2	5,8	0	0
Trouble anxieux	3	8,8	0	0
Trouble de l'adaptation	2	5,8	0	0
Trouble de la personnalité	6	17,6	2	20
État de stress post-traumatique	2	5,8	0	0
Retard mental, sans précision	5	14,7	0	0
Trouble psychotique	4	11,7	0	0
Addiction	0	0	1	10
Trouble des conduites	0	0	2	20
Pas de diagnostic	0	0	3	30
Comorbidité	7	20,5	1	1

Le profil psychiatrique des pères montre que 30 % des pères n'ont pas de diagnostic psychiatrique. Le trouble dépressif, le trouble de personnalité et le trouble des conduites sont les plus représentés. Il est possible que les diagnostics des pères aient été moins bien identifiés que celui des mères car ils se sont présentés moins régulièrement aux consultations que les mères.

Les bébés

Les caractéristiques sociodémographiques et médicales des bébés figurent dans le tableau D.

Tableau D. Caractéristiques sociodémographiques et médicales des bébés (N=24)

	N	Min-Max
Âge en début de suivi (mois)	2,7	0,5-5,8
Âge en fin de suivi (mois)	11	6-15,8
Sexe		
Filles	10	41,7
Garçons	14	58,3
Service protection des mineurs (SPMi) impliqué		
Oui	15	62,5
Non	9	37,5
Complications néonatales		
Oui	13	54,2
Non	11	45,8
Séparation d'avec la mère dans les six premiers mois après la naissance		
Oui	13	54,2
Non	11	45,8

Ils sont admis en moyenne à 2,7 mois, et ont 11 mois en moyenne en fin de suivi. Il y a une majorité de garçons par rapport aux filles, de bébés qui ont eu des complications néonatales et qui ont dû être séparés de leur mère en raison d'une hospitalisation (du bébé et/ou de la mère), ce qui peut contribuer à fragiliser l'établissement de la relation parent-bébé. Une majorité de bébés est déjà au bénéfice du Service de protection des mineurs. En fin de suivi, ce chiffre augmente à 75 % car des bébés ont été signalés comme étant à risque dans leur développement en cours de suivi.

Le profil diagnostique des bébés selon la classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance *DC: 0-3 R* figure dans le tableau E.

Tableau E. Diagnostics des bébés (N=24) selon la DC: 0-3 R

	N	%
Trouble réactionnel aux situations de carence	1	4,1
Trouble des affects	3	12,5
Dépression de la première enfance	8	33,3
Trouble de l'ajustement	7	29,1
Trouble de la régulation du traitement sensoriel	2	8,3
Troubles du comportement alimentaire	1	4,1
Pas de diagnostic	2	8,3

Il montre qu'un premier tiers (33,3 %) de bébés présente une dépression de la première enfance, qui s'est manifestée par un retrait dans le sommeil, un évitement relationnel, un ralentissement psychomoteur, une hypotonie, une baisse de l'appétit avec stagnation pondérale, un air triste et sérieux chez le bébé plus grand, qui joue de manière silencieuse et autonome, sans se référer à son parent ou à l'adulte ou encore qui a des comportements d'autostimulations (se tape la tête contre les barreaux du lit, bruitages oraux et jeux avec les mains...). Un second tiers des bébés (29,5 %) a présenté un trouble de l'ajustement qui s'est manifesté par des difficultés du bébé à réguler ses affects et son comportement de manière transitoire et suite à des changements dans leur contexte de vie ayant engendré un stress chez lui (placement, événement de vie adverse chez le parent, déménagement, rupture, violence intrafamiliale). Un trouble des affects a été identifié dans 12,5 % des cas. Cette catégorie a été utilisée dans les situations où les troubles ont été passagers et plus rapidement réversibles que dans la dépression. Ces troubles se sont manifestés par une difficulté marquée du bébé à réguler ses affects, et son comportement, avec de l'irritabilité, une difficulté à s'endormir, une hypervigilance, des pleurs difficiles à consoler, un regard anxieux (yeux restant grands ouverts, agrippement du regard) et l'absence de sourires malgré un lien familial. Le diagnostic de trouble du comportement alimentaire a été retenu dans 4,1 % des cas.

Modalité d'intervention : l'accueil type à « Accordages »

Un accueil type se déroule de la manière suivante : les parents et leur bébé arrivent dès 10 heures, sont accueillis par l'infirmière et l'aide-soignante pour un petit-déjeuner, suivi d'une discussion informelle sur le rythme du bébé au cours de la nuit précédente et la matinée. La psychologue ou pédopsychiatre reçoivent en consultation thérapeutique le(s) parent(s) avec ou sans leur bébé, en fonction de ce qui est abordé et traité dans la relation parent-bébé. Le bébé peut être alors pris en soins par l'infirmière et l'aide-soignante et ainsi observé lorsqu'il est séparé du/des parents. L'assistante sociale s'associe aux entretiens lorsqu'il y a un lien à faire avec le travail au domicile et le réseau de professionnels. Le repas de midi est pris en commun, avec au moins l'infirmière, et l'aide-soignante, et un/une thérapeute. L'alimentation du bébé, son comportement, l'ajustement du parent à celui-ci sont des échanges

essentiels à observer et accompagner au cours d'un accueil. Les soins au bébé lors du change, le jeu au moment du change, le bain sont des temps forts de l'accompagnement et des observations faites par l'infirmière et l'aide-soignante. Les siestes des bébés sont également étayées par les soignantes qui soutiennent les parents à identifier les signaux de fatigue du bébé et à l'installer confortablement. Elles veillent également à se préoccuper des parents lorsque le bébé est endormi. L'accueil se termine vers 15 heures et les départs sont également un temps d'accompagnement et d'observations. Au départ des familles, un temps de régulation se fait, en présence de la psychologue ou pédopsychiatre, puis une rédaction des notes de suites y fait suite. Deux colloques réunissant l'équipe ont lieu chaque semaine. Les situations sont discutées, les nouvelles demandes sont traitées, le travail avec le réseau est préparé, l'organisation des soins rediscutée. Une situation clinique est régulièrement discutée en supervision de manière approfondie, une fois par mois. Deux supervisions complémentaires ont été mises en place. Une avec une collègue provenant de l'institution et une seconde avec un collègue travaillant en pratique privée, spécialisé à l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick. Il est annoncé d'emblée aux familles que l'unité travaille en partenariat avec le réseau de professionnels impliqués. Avec l'accord des parents, les partenaires du réseau sont tenus informés des soins à Accordages et ils sont sollicités en réunions de réseau qui ont lieu dans une institution ou l'autre en fonction de ce qui est abordé.

Lorsque la situation est suffisamment stabilisée et que les parents sont autonomes dans la gestion des soins et besoins au quotidien de leur bébé, une fin de suivi à Accordages est discutée. Un suivi pédopsychiatrique ambulatoire est envisagé, soit vers la Guidance Infantile (GI), soit vers le privé. Il n'y a pas un seul protocole pour le suivi à la suite d'Accordages. Comme chaque situation est différente, le suivi est individualisé. En général, un suivi à la GI est indiqué, et une prise de contact avec un thérapeute référent est organisée conjointement avec nous, avant la fin du suivi. Un suivi social se poursuit souvent et facilite la transition vers la GI des HUG. Dans certaines situations, Accordages reste en référence ambulatoire, sous forme de consultations avec le psy-pédopsychiatre référent qui reçoit la famille et participe aux réunions de réseau.

Modalités d'évaluation

Chez les parents

Un diagnostic principal selon la classification internationale de l'OMS, *CIM-10* est mis au parent, et les comorbidités sont documentées. S'il n'y a pas de critère diagnostique, nous notons absence de diagnostic principal. Une échelle d'Évaluation Globale Du Fonctionnement (EGF) est mesurée pour chaque parent en entretien. L'EGF est une échelle qui figure dans le manuel *DSM-IV* et utilisée par les professions médico-soignantes en santé mentale pour évaluer le niveau de fonctionnement social, professionnel et psychologique des adultes. Cette échelle situe le niveau de fonctionnement de la personne à un moment donné allant de la maladie psychique à la bonne santé mentale. L'échelle va de 1 (la personne est très malade) à 100 (la personne est en bonne santé).

Chez les bébés

Chaque enfant bénéficie d'un bilan psychomoteur et d'un bilan sensorimoteur élaboré par Bullinger *et al.* (1996). Les moyennes d'âge obtenues pour chaque repère moteur sélectionné permettent d'établir des normes statistiques. Le contenu de cet examen investigate les domaines suivants: les capacités de régulation tonico-émotionnelle, la motricité globale, les capacités sensorielles élémentaires, les capacités instrumentales du système sensorimoteur, la coordination sensorimotrice et les praxies, les représentations corporelles, la maîtrise des relations spatiales, la graphomotricité, l'opérativité.

L'échelle DF-MOT standardisée (Vaivre-Douret, 2003) est utilisée pour les bilans psychomoteurs. Cette échelle évalue à la fois le niveau de coordination global, posturo-moteur et locomoteur et le niveau de coordination visuo-manuelle fine. Cette échelle classe les acquisitions fonctionnelles selon leur ordre d'apparition dans le développement ce qui facilite le contrôle immédiat du niveau moteur moyen d'acquisition. Les items proposés sont sensibles aux déviations du comportement par rapport à la normale et leur notation systématique permet de révéler des patterns caractéristiques du profil de développement pouvant servir au diagnostic.

Le Bayley-III est un test standardisé du développement (Nellis et Gridley, 1994). Il mesure la cognition (sensorimotricité, exploration et manipulation, rapport aux objets, formation de concepts et mémoire), la communication (réceptive et expressive) et la motricité (globale et fine). Ce test fournit des scores composites pour chaque domaine avec une

moyenne de 100 et un écart-type de 15 avec des intervalles de confiance. Enfin, il donne aussi un âge développemental.

Un diagnostic selon la classification diagnostique de la santé mentale et des troubles du développement de la première et petite enfance (DC: 0-3-R) est mis au bébé à l'entrée en fonction de l'évaluation réalisée par la psychologue et la/le pédopsychiatre au cours des observations cliniques du bébé (Perret, 2009).

Évaluations de la relation parents-bébé

Le PIR-GAS (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*), et l'EA pour *Emotional Availability* (Biringen, 2014) sont utilisés pour mesurer la qualité de la relation parents-bébé. Chaque bébé est filmé avec son/ses parent(s), et les interactions sont codées selon l'échelle d'*Emotionnal availability* par des cotateurs formés pour cette évaluation et impliqués dans la situation (Biringen, 2014). L'EA fait référence à plusieurs dimensions parentales (sensibilité, structuration, non-intrusion, non-hostilité) et à deux dimensions du côté du bébé (réactivité au parent et implication du bébé).

Le tableau 1 résume les différentes mesures réalisées auprès des parents et des bébés à l'entrée et à la sortie d'Accordages.

Tableau 1. Informant, âge, outils d'évaluation, variables mesurées

Informant	Âge	Outils d'évaluation	Variables
Parent	Entrée	Données sociodémographiques et médicales	Présence/absence de ces données récoltées sur dossier médical ou au cours des entretiens cliniques réalisés par la psychologue, la/le pédopsychiatre et l'assistante sociale
	Entrée	Classification diagnostique selon CIM-10	Diagnostic extrait du dossier médical ou sur appréciation clinique en fonction des critères remplis au cours de l'examen clinique réalisé par la/le pédopsychiatre
	Entrée et sortie	Échelle EGF	Score standard
Bébé	Entrée	Données sociodémographiques et médicales	Présence/absence de ces données récoltées sur dossier médical et au cours des entretiens cliniques
	Entre 2 et 4 mois	Bilan psychomoteur et bilan sensorimoteur selon Bullinger	Données qualitatives et descriptives. On obtient un âge développemental
	6 mois (Accordages ou Unité de Développement)	Test de développement selon Bayley-III	Scores standard de développement pour la cognition, le langage et la motricité
	12 mois (UD)		
	Entre 2-6 mois	Classification diagnostique selon DC: 0-3 R	Appréciation clinique posée par la psychologue et le/la pédopsychiatre au cours de l'examen clinique de l'enfant
Relation parents-bébé	Entrée et sortie	PIR-GAS	Score standard
	Entrée et sortie	EA	Score direct

Résultats

Le descriptif du suivi des bébés montre qu'il dure en moyenne 8,3 mois. La plupart des familles (75 %) sont adressées par les pédopsychiatres de liaison qui évaluent les bébés hospitalisés (maternité, unités pédiatriques et psychiatriques). La fréquence des suivis est en moyenne de 2 fois par semaine, ce qui convient à la majeure partie des familles (54,1 %). Ceci est une moyenne, car selon l'indication, une famille peut venir entre 1 et 5 fois par semaine en fonction de leurs besoins au cours du même suivi. Les indications à la fin du suivi à Accordages sont principalement un suivi pédopsychiatrique ambulatoire (83,3 %), au sein du service (GI 41,6 %, Accordages-consultations 16,6 %) ou en privé (25 %). Il arrive qu'un suivi ambulatoire sous forme de consultations à Accordages soit proposé (16,6 %) car l'alliance thérapeutique est trop fragile pour être adressés ailleurs. À noter que certains bébés (8,3 %) ont dû être placés en foyer transitoirement et ont pu rejoindre leurs parents en cours de suivi à Accordages.

Analyse de l'évolution des scores durant la prise en charge

Le tableau 2 présente l'évolution des scores composites moyens à l'échelle de Bayley-III à 6 et 12 mois.

Le nombre de bébés étudiés à l'échelle de Bayley-III à 6 et 12 mois est de 18 (données manquantes pour les scores composites de 6 bébés sur 24), dont les données à 6 et 12 mois ont été comparées. L'examen du tableau 2 montre qu'à 6 mois, le score moyen obtenu se situe dans les normes pour tous les domaines. En cognition, les bébés qui ont le score le plus faible sont les bébés dont les mères ont un trouble psychiatrique complexe (ESPT et psychose). Ils se désolidarisent du groupe homogène de bébés qui se situent dans les normes. En langage, on observe en analysant la distribution qu'à 6 mois, une majorité de scores est

Tableau 2. Évolution des scores composites moyens à l'échelle de Bayley-III à 6 et 12 mois : médianes (Mdn), moyennes (M) et écarts-types (SD) et distribution des scores (Min-Max)

N = 18	6 mois				12 mois			Différence		
	Mdn	M	(SD)	Min-Max	Mdn	M	(SD)	Min-Max	Z	p
Cognition	100,0	101,9	(9,3)	80-115	97,5	98,3	(14,7)	65-120	1,170	0,242
Langage	103,0	101,0	(7,6)	79-112	90,0	91,0	(14,2)	68-120	2,419	0,016
Motricité	92,5	91,2	(14,3)	67-115	94,0	91,5	(11,6)	70-112	0,024	0,981

observée autour de 103 (6 observations à ce score). Dans l'ensemble des scores, l'analyse statistique a détecté une valeur extrême avec un bébé dont le score se situe à 79 qui tire la moyenne vers le bas, ce qui fait que la médiane se situe à 103 et la moyenne à 101. En langage, un bébé dont la mère est psychotique se situe à l'écart du groupe avec le score le plus faible. En motricité, on observe des écarts plus importants et une moyenne légèrement inférieure que dans les autres domaines.

À 12 mois, les scores des bébés se situent dans les normes dans tous les domaines. En cognition, 2 sujets sont isolés dans des valeurs inférieures du groupe homogène qui se situe dans la moyenne. À 12 mois, en langage, les scores sont distribués de manière plus homogène, ce qui se voit avec la moyenne qui s'élève à 91 et la médiane à 90. Il n'y a pas de valeur extrême. Il y a une grande variabilité autour de la moyenne (écart-type = 14,2). En motricité, 2 sujets se situent dans des valeurs faibles et sont à l'écart du groupe formé autour de la moyenne, et 2 sujets sont dans des valeurs supérieures.

Le tableau 3 présente l'évolution des mesures de la relation mère-enfant en début et en fin d'intervention ainsi que les différences significatives selon le test de Wilcoxon pour les variables d'EGF, PIR-GAS et EA. L'augmentation des scores indique une amélioration. Pour le score de l'EGF en début de suivi, la moyenne de l'échantillon se situe à 49,4, à la limite supérieure du niveau 41-50 où les symptômes sont importants et où l'altération du fonctionnement social, professionnel ou scolaire est importante. Le score de l'EGF en fin de suivi s'élève à 63,5 ce qui le situe au niveau 61-70 où il y a quelques symptômes légers ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire, mais le parent fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

Le score du PIR-GAS en début de suivi se situe à 49,4, à la limite supérieure du niveau 41-60 : les relations dans cette gamme de fonctionnement sont affectées de manière plus que transitoire, et au moins un des deux partenaires peut éprouver du désarroi dans le contexte de la relation. Ce score en fin de suivi s'élève significativement à 63,7 et atteint le niveau supérieur 61-80 où les relations dans cette gamme sont tendues mais malgré tout encore globalement adéquates et satisfaisantes pour les partenaires.

Le score de l'EA en début de suivi se situe à la limite supérieure du niveau 1-3 où la sensibilité parentale chez le parent se situe dans l'intervalle le plus bas de l'échelle EA, où on peut observer des comportements

inadéquats du parent face aux indices que son bébé lui envoie. Il y a un certain détachement de la mère avec son enfant. Les interactions dans la dyade sont rares, et même absentes dans certaines situations. Ce score en fin de suivi s'élève à la limite supérieure du niveau plus élevé entre 3,5-4,5.

Tableau 3. Évolution des scores moyens de la relation mère-enfant pour EGF, PIR-GAS et EA (N = 22)

	Début M (SD)	Fin M (SD)	Z	p
EGF Niveau min-max	49,4 (8,4) 25-60	63,5 (11,8) 40-89	3,828	0
PIR-GAS Niveau min-max	49,4 (9,5) 33-72	63,7 (13,1) 40-85	4,016	0
Sensibilité émotionnelle EA Niveau min-max	3,0 (0,6) 1-4	4,5 (0,9) 3-6	3,939	0

Le tableau 4 présente l'évolution des mesures de la relation père-bébé en début et en fin de suivi ainsi que les différences significatives selon le test de Wilcoxon pour les variables d'EGF, PIR-GAS et EA.

Tableau 4. Évolution des scores moyens de la relation père-enfant pour EGF, PIR-GAS et EA (N = 10)

	Début M (SD)	Fin M (SD)	Z	p
EGF Niveau min-max	64,7 (12,3) 50-81	71,6 (12,4) 50-90	2,375	0,018
PIR-GAS Niveau min-max	60,9 (10,7) 50-81	73,2 (13,0) 54-91	2,812	0,005
Sensibilité émotionnelle EA Niveau min-max	3,5 (0,5) 2,5-4	4,8 (0,3) 4,5-5,5	2,840	0,005

Le score de l'EGF de la moyenne de l'échantillon en début de suivi s'inscrit dans le niveau 61-70 dans lequel il y a quelques symptômes légers ou une certaine difficulté dans le fonctionnement. Ce score de départ est élevé. Le score EGF en fin de suivi s'élève au niveau supérieur de fonctionnement 71-80 où les symptômes, s'ils sont présents, sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress.

Le score de PIR-GAS en début de suivi se situe entre deux niveaux, les niveaux 41-60 et 61-70 et se situe en fin de suivi au niveau 61-80.

Le score à l'échelle EA en début de suivi se situe dans le niveau 3,5-4,5 qui indique que le parent montre de la chaleur parentale mais sans harmonie avec le bébé. Il ne prend pas forcément en compte

les indices comportementaux ou corporels que l'enfant lui donne et ne réalise pas ce qui est le mieux pour son bébé. Le score à l'échelle EA en fin de suivi se situe entre le niveau 3,5-4,5 et le niveau 5-7.

Discussion

Le premier objectif de l'étude était d'identifier les facteurs de risque psychosociaux des familles qui ont été suivies à Accordages. Le premier résultat principal montre que la majorité des parents qui consultent à Accordages présente plusieurs facteurs de risque psychosociaux, confirmant la première hypothèse. La présence de facteurs de risque psychosociaux a un impact sur la santé psychique maternelle, celle de son partenaire, peut entraîner des difficultés dans leur parentalité et a un impact sur le développement de leur bébé. Ces facteurs doivent être dépistés car il y a une interaction négative entre eux et ils sont d'autant plus importants à prendre en considération qu'ils s'accumulent et/ou interagissent. Plus précisément, les mères accumulent fréquemment un faible niveau de formation, une précarité sociale et économique avec une histoire de maltraitance. Sur le plan psychiatrique, une maladie psychiatrique est déjà connue dans 90,9 % des cas. Le trouble dépressif est l'antécédent et le trouble psychiatrique actuel le plus fréquemment retrouvé dans cette cohorte de mères (59,1 %). Ces résultats qualitatifs correspondent aux études qui ont caractérisé la population de mères ayant été admises dans des UMB en France et en Belgique (Glangaud-Freudenthal, 2004).

Ces résultats confirment les résultats de la revue systématique sur la recherche sur les unités psychiatriques mères-bébé (Connellan, 2017). Il y a des études à disposition sur le profil des mères, voire des pères dont les conjointes ont été admises en UMB, mais très peu sur la population ayant été admise et traitée dans des hôpitaux de jour parents-bébé. Une étude aux États-Unis décrit le développement et l'implantation d'un hôpital de jour mère-bébé ayant accueilli 1 400 mères dans la période périnatale sur cinq ans, mais dont la prise en charge moyenne (sept jours) est nettement plus courte que ce qui est proposé à Accordages. La caractérisation de 398 mères ayant consulté cet hôpital de jour est décrite dans une autre étude, où on retrouve les mêmes caractéristiques sociodémographiques et médicales que dans la cohorte Accordages (Battle, 2006). Une condition qui distingue Accordages des autres UMB est que les mères qui y sont admises doivent être suffisamment

stabilisées sur le plan psychiatrique et autonomes pour s'occuper de leur bébé en-dehors des temps d'accueil. Cela signifie qu'elles ne peuvent pas être admises lors d'un trouble psychiatrique décompensé qui nécessite d'abord d'être traité et stabilisé. En comparaison avec l'étude des données sur les UMB en France et en Belgique, moins de mères sont admises à Accordages avec une schizophrénie ou un trouble bipolaire (Glangeaud-Freudenthal, 2004). La schizophrénie et le trouble délirant chronique sont les troubles psychiatriques les plus fréquents (25 %), suivis de manière égale des troubles dépressifs (22 %) et de personnalité et retard mental (22 %). Il est intéressant de voir l'association de troubles de personnalité et retard mental dans leur caractérisation. Le retard mental est associé dans notre étude à la psychose dans 80 % des cas et dans 20 % des cas au trouble de personnalité (borderline). L'association d'un manque de soutien social, un antécédent de dépression, la présence de violence conjugale sont des facteurs de risque pour développer une dépression périnatale chez les mères adolescentes comme l'a montré une revue systématique de littérature faite aux États-Unis (Recto, *et al.*, 2017). Ce cumul de facteurs, qui inclut la violence conjugale, a été retrouvé dans nos résultats par rapport aux mères adolescentes qui se sont présentées à Accordages avec une dépression.

Ensuite, les pères sont représentés dans une moindre proportion que les mères, car ils ont été moins accessibles et impliqués dans le suivi, ce qui est un problème généralisé dans les soins en périnatalité. En effet, dans une revue de littérature au sujet de l'implication des pères dans les interventions sur la parentalité, il ressort que la plupart des études s'intéressent principalement à la dyade mère-bébé (Panter-Brick, 2014). Outre les barrières culturelles, institutionnelles, professionnelles afin de rendre les soins en périnatalité plus accessibles aux pères, il y a dans les études un problème de représentativité quant aux récoltes de données sur les pères. En nombre insuffisant, ils sont souvent exclus de l'analyse ou indifférenciés dans la catégorie des parents ou des couples. Le choix a été fait de présenter les données concernant les pères, bien que l'échantillon soit de petite taille et que nous ayons eu moins fréquemment accès à eux dans les accueils. Les pères de cette cohorte ont un meilleur niveau de formation que leurs partenaires et ont un emploi, et ont davantage de soutien social. Leur profil psychologique diffère des mères, ils ont moins souvent un antécédent psychiatrique, mais un trouble dépressif actuel est presque aussi fréquent chez eux que chez les mères, et on note la présence des troubles des conduites qui est

absente de la cohorte des mères. 70 % des pères avaient un emploi, et leur présence à Accordages a dû être adaptée à leurs disponibilités. Ils ont globalement été plus réfractaires à venir régulièrement en accueil en collectivité essentiellement féminine, et des efforts ont été faits pour les regrouper avec des familles dont les pères étaient aussi impliqués.

L'analyse des caractéristiques des bébés est aussi significative. Plusieurs études définissent les complications néonatales et la séparation mère-bébé due à une hospitalisation comme étant des facteurs prédicteurs qui fragilisent l'établissement de la relation parent-bébé, raison pour laquelle nous avons choisi de documenter ces données dans notre étude (Glangeaud-Freudenthal et Sutter-Dallay, 2013; Battle, *et al.*, 2006). 54,2 % des bébés ont eu des complications néonatales et ont été séparés de leur mère dans les six premiers mois après leur naissance dans notre cohorte, ce que les parents, les mères en particulier, ont pu décrire comme étant des événements déclencheurs de stress, d'anxiété, de culpabilité et source de tensions dans leurs relations interpersonnelles et envers le corps médical.

Le deuxième objectif est d'analyser qualitativement le développement de l'état mental des parents suivis, avec l'hypothèse qu'il y a une amélioration de l'état mental des parents en fin de suivi par rapport au début, et c'est ce qui a été constaté. Le second résultat principal confirme la seconde hypothèse selon laquelle il y a une amélioration de l'état mental des parents en fin de suivi à « Accordages » par rapport au début. Le score à l'échelle EGF des mères se situe nettement en dessous de celui des pères en début de suivi, elles sont plus symptomatiques qu'eux au départ. Des études montrent l'augmentation de prévalence de dépression chez les pères lorsque les mères sont déprimées en raison d'un effet de contagion des symptômes dépressifs des mères envers les pères, en particulier dans le post-partum (Paulson, 2010). Les pères, lorsqu'ils sont initialement en meilleure santé mentale que leurs conjointes, sont davantage sollicités dans les tâches du quotidien en raison de la dépression maternelle, sont soumis à plus de stress et d'anxiété en raison des responsabilités envers leur conjointe et leur bébé, et deviennent symptomatiques secondairement. Étant donné l'interdépendance importante qui existe entre l'état mental des mères et des pères dans la période périnatale, il est primordial d'évaluer l'état mental des deux parents (Nanzer, 2012). Cette échelle globale du fonctionnement permet d'évaluer non seulement les symptômes psychiques, mais aussi leur impact sur l'environnement social et professionnel.

Dans notre analyse, les mères dont l'état mental s'améliore le plus sont les mères atteintes de troubles affectifs (bipolaire ou dépressif) et qui ont le moins de facteurs de risque psychosociaux au départ. Celles qui présentent un trouble psychotique chronique, associé à un retard mental, et qui cumulent un nombre important de facteurs de risque psychosociaux (comme la violence conjugale, un antécédent de maltraitance, une précarité sociale) ont un état mental qui s'améliore peu. Ces résultats correspondent aux études épidémiologiques sur les mères traitées en UMB en France, en Belgique et au Royaume-Uni, qui s'améliorent nettement en fin de prise en soins (Glangeaud-Freudenthal, 2014). Les facteurs associés à l'amélioration de l'état mental des mères ne sont pas seulement d'ordre psychiatrique (les mères atteintes de troubles affectifs répondent mieux à l'intervention en UMB que les mères atteintes d'un trouble psychotique chronique et/ou un trouble de personnalité), et en lien avec l'état mental du père (dépression), mais aussi lié à l'absence de chronicité du trouble psychiatrique et au fait d'être socialement intégré. Les mères de notre analyse dont l'état mental s'est le plus amélioré (EGF 25 en début de suivi et 60 en fin de suivi) sont celles qui ont présenté un trouble bipolaire ou dépressif sévère, dont le mari a été impliqué régulièrement à notre prise en soins, et dont l'état mental était préservé (EGF 81 en début de suivi et 90 en fin de suivi), et qui étaient socialement et professionnellement intégrés.

Dans une analyse des admissions en UMB au Royaume-Uni portant sur 1 217 mères avec le même questionnaire *Marcé Clinical Checklist* (qui inclut des données sociodémographiques, les diagnostics psychiatriques, renseigne sur l'état mental des mères et des mesures sur leur parentalité), Salmon (2004) montre que (1) la majorité des mères avait un trouble dépressif 43 % ou une schizophrénie 21 %, (2) les mères atteintes de schizophrénie obtenaient de moins bons résultats en fin de suivi que les mères non-schizophrènes, et (3) étaient plus à risque d'être séparées de leur bébé en fin de suivi et à risque de le maltraiter selon l'appréciation du personnel des unités.

Le troisième objectif était d'analyser le développement de la relation parents-bébé, avec l'espoir que la qualité de la relation parents-bébé s'améliore en fin de suivi par rapport au début, et c'est ce qui a été constaté. Les mères dont le trouble psychiatrique est d'ordre affectif (trouble bipolaire, trouble dépressif) ont la meilleure évolution non seulement sur le plan psychique, mais aussi dans la relation à leur bébé. Dans notre étude, les mères dont le score au PIR-GAS augmente de

la manière la plus spectaculaire (de 2 niveaux) sont les mères atteintes d'un trouble affectif (trouble bipolaire, trouble dépressif) avec une composante anxieuse. Ce sont les mêmes mères dont l'état mental s'améliore nettement en fin de suivi. Les mêmes constats sont faits par rapport à la sensibilité maternelle à l'EA qui augmente de la même manière que les scores PIR-GAS. L'intérêt de choisir la sensibilité maternelle selon l'échelle EA est de décrire et évaluer plus spécifiquement la dimension affective qui se dégage de la relation parent-enfant. Ce sont les mères atteintes d'un trouble affectif au départ, et qui se sont améliorées significativement sur le plan psychique en cours de suivi, dont la qualité de relation sur le plan affectif envers leur enfant, s'est le plus améliorée.

Inversement, les mères atteintes de troubles non affectifs, et chroniques, comme la psychose, le retard mental, et le trouble de personnalité ont les scores de sensibilité maternelle à l'échelle EA qui ont le moins augmenté. Ceci s'explique par leurs plus grandes difficultés à avoir accès aux émotions et les interpréter avec nuance et leur moindre capacité d'ajustement dans la relation à l'autre, une moindre flexibilité, variété et créativité dans les modalités du jeu ou de l'interaction. Leur habileté à résoudre les conflits est également restreinte par rapport aux mères qui ne présentent pas de trouble psychiatrique chronique.

Il en va de même pour les pères: ceux qui au départ ont les meilleurs scores à l'EGF, qui n'ont pas de trouble psychiatrique chronique, qui sont insérés socialement et professionnellement obtiennent les meilleurs scores à l'évaluation de la qualité de la relation père-enfant en fin de suivi. Autre résultat intéressant, ceux dont les partenaires se sont le plus améliorées sur le plan psychique et sur le plan de la qualité de la relation avec leurs enfants, obtiennent les meilleurs scores de qualité de relation père-enfant en fin de suivi. Si on se réfère à l'effet de contagion décrit plus haut, on peut faire l'hypothèse que, de la même manière que les pères sont affectés négativement par le trouble psychique de leur partenaire dans la période périnatale, ils sont affectés positivement sur le plan psychique et sont dans une meilleure disponibilité psychique dans leurs interactions avec leur enfant lorsqu'ils sont moins préoccupés par l'état psychique de leur partenaire. Autrement dit, les pères seraient en meilleure sécurité affective lorsque leur partenaire va mieux et réciproquement, ce qui favoriserait une meilleure qualité d'interactions avec leur enfant. Ces résultats appuient l'argument en faveur de l'implication des pères dans les interventions précoces parents-bébé en périnatalité.

De nombreuses recherches sur les interactions triadiques et familiales abondent dans ce sens (Tissot, 2011 ; Favez, 2012).

Le quatrième objectif était d'investiguer le développement des bébés des familles suivies. La quatrième hypothèse étant que le niveau de développement des bébés mesurés avec des épreuves comportementales progresse ou ne se détériore pas entre douze et six mois. Le niveau de développement se situe dans les normes aux deux âges, suggérant une absence de détérioration. Compte tenu de ce qu'on sait des effets des troubles mentaux périnataux sur le développement des enfants, le fait que les bébés aient un développement dans les normes et qui se maintient au cours du temps est encourageant et prometteur. Dans une revue critique sur les interventions auprès de parents souffrant de troubles mentaux périnataux et leurs enfants, Stein *et al.* (2014) montrent que les perturbations psychologiques et les retards de développement chez l'enfant apparaissent d'autant plus que le trouble mental parental est sévère ou chronique et que l'adversité se prolonge, mais qu'ils ne sont pas inévitables. En effet, il y a des facteurs modifiables grâce aux interventions, comme la durée du trouble mental périnatal, la qualité de la relation parents-enfant, le soutien social (incluant le partenaire) et le soutien matériel.

On a vu que les troubles mentaux chez les parents ont un effet sur leurs comportements et leur manière d'être avec leur bébé, s'en occuper, sur leur disponibilité psychique et émotionnelle. La qualité de la relation en est affectée, et la manière de porter, contenir, s'adresser à leur enfant est modifiée. On peut s'attendre à ce qu'un domaine de développement chez le bébé soit plus ou moins touché. Le *Bayley* teste les trois domaines, mais les items en fonction de l'âge ne sont pas représentés de manière équivalente. La cognition et la motricité ont plus d'items que le langage. Chez le bébé, les acquisitions motrices se développent avant le langage. Le fait d'observer moins d'acquisitions dans le domaine du langage entre 6 et 12 mois qu'en motricité est physiologique, et peut être une des explications à la baisse significative à 12 mois dans le domaine du langage dans notre analyse.

On sait que l'environnement a un rôle sur le développement précoce du langage, qui a un rôle prédicteur des habiletés cognitives et émotionnelles ultérieures. On sait que certains comportements du parent dans la relation comme sa sensibilité, sa réactivité, sa chaleur, influencent le développement du langage. Cette association entre la sensibilité parentale et le développement du langage de l'enfant est encore plus forte

Résumé

Accordages est un dispositif de soin des Hôpitaux universitaires de Genève qui propose une intervention précoce de soutien à la relation parents-bébé dans un contexte de vulnérabilité familiale. Les données sociodémographiques, médicales et pédopsychiatriques de 24 bébés, 22 mères et 10 pères sont analysées au début du suivi. Les données sur l'état mental des parents, l'évolution de la relation parents-bébé et le développement psychologique du bébé sont recueillies au début et pendant le suivi. Les résultats suggèrent une amélioration de la qualité de la relation parents-bébé, l'augmentation de la sensibilité parentale, et un développement du bébé qui se maintient dans les normes.

Mots-clés

Facteurs de risque psychosociaux.
Intervention.
Soins précoces parents-bébé.
Troubles mentaux périnataux.

dans les familles à faibles revenus que chez les classes moyennes et supérieures. Grandir auprès d'un parent particulièrement sensible bénéficie encore plus aux enfants des familles défavorisées. Les résultats de cette recherche confirment que les interactions parents-enfants de bonne qualité sont protectrices dans un contexte d'adversité. Plus précisément, ce sont les mères qui possèdent une sensibilité élevée qui ont les bébés qui ont obtenu les scores les plus élevés dans le domaine du langage. Ces résultats vont dans le sens d'études qui ont montré l'effet protecteur des interactions de haute qualité dans un contexte d'adversité ou vulnérabilité familiale (Madigan, *et al.*, 2019; Madigan, 2015; Pace, 2017).

Conclusion, limite et perspectives

Le dispositif de soin Accordages est particulièrement pertinent pour les familles présentant le moins de facteurs de risque, qui ont une pathologie psychiatrique dépressive ou anxieuse sans comorbidités et pour lesquelles le père a pu être associé et impliqué dans la prise en soins. Pour les familles qui présentent un cumul de facteurs de risque, dont la pathologie psychiatrique est plus sévère comme un trouble psychotique associé à un retard mental, et qui se sont présentées sans le père, les résultats sont moins positifs. Ces résultats suggèrent la nécessité d'une prise en soins plus longue pour ces familles qui sont plus vulnérables, et envisager des mesures de soins protectrices pour le développement de l'enfant, davantage sur le terrain, dans la proximité de la vie et du quotidien de l'enfant.

La principale limite des résultats de cette étude concerne la cause des effets observés entre le début et la fin du suivi. Nous savons que pour mesurer l'efficacité d'une « intervention », il existe plusieurs niveaux de rigueur méthodologique selon le contexte institutionnel allant des « études randomisées en double aveugle – *Randomized Controlled Trial* – *RCT* » aux études utilisant des protocoles « intervention seule » (Gentaz, 2022). Dans ce dernier cas, qui correspond à notre étude, l'interprétation et la généralisation des effets observés doivent être prudentes puisqu'aucune donnée d'un groupe contrôle (n'ayant pas bénéficié d'un dispositif de soin ou alors d'un autre type) ne permet d'assurer que des bébés n'ayant pas bénéficié de l'intervention ne présentent pas la même évolution sur les variables mesurées. Compte tenu des contraintes institutionnelles et éthiques, il n'a pas été possible de constituer un groupe contrôle en raison de l'absence d'intervention

alternative adaptée aux besoins de soins et du fait qu'une absence d'intervention n'était pas envisageable. Il serait utile de répliquer cette étude avec un groupe contrôle à condition d'avoir une intervention alternative équivalente à leur proposer (p. ex., une intervention au domicile). Des études complémentaires sont nécessaires pour valider et confirmer les effets de cette étude.

Enfin, les résultats apportent également un soutien supplémentaire aux analyses socio-économiques suggérant que les dépenses dans les interventions précoces préventives pour les populations défavorisées peuvent être considérées au final comme des investissements rentables à long terme (Heckman, 2010). Bien que ces interventions puissent être très coûteuses, leurs coûts initiaux sont souvent récupérés en raison de la diminution de l'utilisation des services sociaux et du recours aux soins ultérieurs. Il a été même montré que ces dépenses pour les familles vulnérables et leurs enfants âgés de 0 à 5 ans entraînent un « retour sur investissement » de 13 %.

Points-clés

- Les dispositifs de soins destinés aux familles vulnérables doivent proposer une intervention précoce, consistante et s'inscrivant dans la continuité.
- La présence de troubles mentaux périnataux et de facteurs de risque psychosociaux fragilise l'établissement de la relation parents-bébé.
- Les mères dont le trouble psychiatrique est d'ordre affectif (trouble bipolaire, trouble dépressif) ont la meilleure évolution non seulement sur le plan psychique, mais aussi dans la relation à leur bébé.
- Il en va de même pour les pères. Ces résultats appuient l'argument en faveur de l'implication des pères dans les interventions précoces parents-bébé en périnatalité.

Remerciements

La première auteure tient à remercier toute l'équipe d'Accordages où elle a exercé en qualité de cheffe de clinique pendant cinq ans; en particulier, le D^r François Hentsch pour son dévouement et sa persévérance en faveur de la création du dispositif Accordages, qui fait référence à l'« accordage affectif » décrit par Daniel Stern; le P^r François Ansermet pour les avoir soutenus, Sandra Rusconi Serpa pour ses apports dans les supervisions d'équipe, ainsi que le Dr Serge Sanchez pour la théorisation lors des supervisions cliniques, Fabienne Lüthi Faivre pour les suivis thérapeutiques auprès des familles et les bilans de développement, Stéphanie Friedli May pour ses interventions au domicile et

Summary

Accordages is a care system of the University Hospitals of Geneva that offers early intervention to support the parent-baby relationship in a context of family vulnerability. Sociodemographic, medical, and psychiatric data of 24 babies, 22 mothers, and 10 fathers are analyzed at the beginning of treatment. Data on the parents' mental state, the evolution of the parent-baby relationship, and the baby's psychological development are collected at the beginning and during treatment. The results suggest an improvement in the quality of the parent-baby relationship, an increase in parental sensitivity, and a development of the baby that remains within the norms.

Keywords

Early parent-baby care.
Intervention.
Mental health troubles.
Psychosocial risk factors.

implication dans les réseaux de soins, Aurore Deschamps Couasnay et Marie-Pierre Rigolet pour leurs observations fines des interactions parents-bébé, Rachel Favre pour les bilans de développement psychomoteur des bébés, le Centre du développement de l'enfant et l'équipe de la consultation du développement pour leur collaboration. Les deux auteurs tiennent à remercier Fjolla Axija, Vanina Chesneau et Thalia Cavadini, FPSPE pour leurs contributions respectives aux codages et traitements des données.

Références

- [1] BATTLE C. L., ZLOTNICK C., MILLER I. W., PEARLSTEIN T., HOWARD M.: « Clinical Characteristics of Perinatal Psychiatric Patients: A Chart Review Study », *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006; 194 (5): 369-377.
- [2] BIRINGEN Z., DERSCHIED D., VLIEGEN N., CLOSSON L., EASTERBROOKS M. A.: « Emotional availability (EA): theoretical background, empirical research using the EA Scales, and clinical applications », *Developmental Review*. 2014; 34 (2): 114-167.
- [3] BOAG-MUNROE G., EVANGELOU M.: « From hard to reach to how to reach: a systematic review of the literature on hard-to-reach families », *Research Papers in Education*. 2012; 27 (2): 209-239.
- [4] BULLINGER A., DE SANTA ANA I., GRIVEL P., MILLAN R., SCHEIDEGGER P., SCHMID PONS N., et al.: « Le bilan sensori-moteur de l'enfant: éléments théoriques et cliniques », *Enfance*. 1996; 49 (1): 41-50.
- [5] CHRISTL B., REILLY N., YIN C., AUSTIN M-P.: « Clinical profile and outcomes of women admitted to a psychiatric mother-baby unit », *Archives of Women's Mental Health*. 2015; 18 (6): 805-816.
- [6] CONNELLAN K., BARTHOLOMAEUS C., DUE C., RIGGS D. W.: « A systematic review of research on psychiatric mother-baby units », *Archives of Women's Mental Health*. 2017; 20 (3): 373-388.
- [7] DUGRAVIER R., GUEDENEY A., SAIAS T., GREACEN T., TUBACH F., GROUPE DE RECHERCHE CAPEDP: « Compétences parentales et attachement dans la petite enfance: diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP): une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2009; 57 (6): 482-486.
- [8] FAVEZ N., LOPES F., BERNARD M., FRASCAROLO F., LAVANCHY SCAIOLA C., CORBOZ-WARNERY A. et al.: « The development of family alliance from pregnancy to toddlerhood and child outcomes at 5 years », *Family Process*. 2012; 51 (4): 542-556.
- [9] FRAIBERG G., ADELSON E., SHAPIRO V.: « Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 1975; 14 (3): 387-421, trad. fr. par CAGNE O.: « Fantômes dans la chambre d'enfants. Une approche psychanalytique des problèmes qui entravent la relation mère-nourrisson », *La Psychiatrie de l'enfant*. 1983; 26 (1): 57-98.
- [10] FRAIBERG S.: *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life*, Tavistock Publications, Londres, 1980.
- [11] GARRET-GLOANEC N., PERNEL A.-S.: « Le développement du bébé dans une famille à problèmes multiples », *Soins pédiatrie/puériculture*. 2015; 36 (284): 20-25.
- [12] GENTAZ E.: « Les recherches interventionnelles en éducation: apports et limites », *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*. 2022; 176: 21-28.

- [13] GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M. -C.: « Mother-baby psychiatric units (MBUs): national data collection in France and in Belgium (1999-2000) », *Archives of Women's Mental Health*. 2004; 7 (1): 59-64.
- [14] GLANGEAUD-FREUDENTHAL N. M. -C., Howard L. M., Sutter-Dallay A. -L.: « Treatment – mother-infant inpatient units », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2014; 28 (1): 147-157.
- [15] GUÉDENEY A., TERENO S., et al.: « A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France », *BMC Public Health*. 2012; 12 (1): 648.
- [16] GUÉDENEY A., GUÉDENEY N., WENDLAND J., BURTCHEN N.: « Treatment-mother-infant relationship psychotherapy », *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2014; 28 (1): 135-145.
- [17] HAY D. F.: « Pospartum depression and cognitive development », in: MURRAY L., COOPER P. J., *Postpartum Depression and Child Development*, Guilford Press, New York, 1997; p. 85-110.
- [18] HECKMAN J. J.: *Invest in Early Childhood Development: Reduce Deficits, Strengthen the Economy*, The Heckman Equation, Chicago, 2010.
- [19] LEBIGER-VOGEL J., RICKMEYER C., BUSSEV A., FRITZEMEYER K., LEUZINGER-BOHLEBER M., et al.: « Early motherhood in migration: a first report from FIRST STEPS-an integration project for infants with an immigrant background », *Journal of Pregnancy and Child Health*. 2015; 2: 147.
- [20] MACHEL G.: « Good early development – the right of every child », *The Lancet*. 2017; 389 (10064): 13-14.
- [21] MALSERT J., LEJEUNE F.: « Troubles dépressifs maternels et conséquences sur le développement neurocognitif et affectif du jeune enfant », *Médecine et enfance*. 2015; 35 (1-2): 22-29.
- [22] NANZER N.: *La Dépression postnatale. Sortir du silence*, Favre, Lausanne, 2009.
- [23] NANZER N., SANCHO ROSSIGNOL A., RIGHETTI-VELTEMA M., KNAUER D., MANZANO J., PALACIO ESPASA F.: « Effects of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression », *Archive of Womens Mental Health*. 2012; 15 (4): 259-268.
- [24] NELLIS L., GRIDLEY B. E.: « Review of the Bayley scales of infant development – Second edition », *Journal of School Psychology*. 1994; 32 (2):201-209.
- [25] NETSI E., PEARSON R. M., MURRAY L., COOPER P., CRASKE M. G., STEIN A.: « Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes », *Journal of the American Medical Association Psychiatry*. 2018; 75 (3): 247-253
- [26] PANTER-BRICK C., BURGESS A., EGGERMAN M., McALLISTER F., PRUETT K., LECKMAN J. F.: « Practitioner review: engaging fathers – recommendations for a game change in parenting interventions based on a systematic review of the global evidence », *Journal of Child Psychology Psychiatry*. 2014; 55 (11): 1187-1212.
- [27] PAULSON J. F., BAZEMORE S. D.: « Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis », *Journal of the American Medical Association*. 2010; 303 (19): 1961-1969.
- [28] PERRET P.: « L'édition révisée de la classification diagnostique 0-3 ans et sa traduction française: notes du traducteur », *Devenir*. 2009; (5): 7-13.
- [29] PILKINGTON P., ROMINOV H., BROWN H. K., DENNIS C. -L.: « Systematic review of the impact of coparenting interventions on paternal coparenting behaviour », *Journal of Advanced Nursing*. 2019; 75 (1): 17-29.
- [30] RECK C., HUNT A., FUCHS T., WEISS R., NOON A., MOEHLER E., et al.: « Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infants: an overview », *Psychopathology*. 2004; 37 (6): 272-280.

- [31] SALOMONSSON B.: « Baby worries, une étude randomisée sur les traitements psychoanalytiques mère-nourrisson », *Le Carnet Psy.* 2010; 149: 46-49.
- [32] SARKADI A., KRISTIANSSON R., OBERKLAD F., BREMBERG S.: « Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies », *Acta Paediatrica.* 2008; 97 (2): 153-158.
- [33] SHONKOFF J. P., GARNER A. S., SIEGEL B. S., DOBBINS M. I., EARLS M. F., et al.: « The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress », *Pediatrics.* 2012; 129 (1): e232-e246.
- [34] STEIN A., PEARSON R. M., GOODMAN S. H., 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.
- [35] STOLÉRU S., MORALÈS-HUET M.: *Psychothérapies mère-nourrisson dans les familles à problèmes multiples*, Le fil rouge. 2, Presses universitaires de France, Paris, 1989.
- [36] TERENO S., VIAUX S., GUÉDENEY A.: « Preventive parent-young child interaction interventions to promote optimal attachment », *Current Opinion in Psychiatry.* 2019; 32 (6): 542-548.
- [37] TISSOT H., FRASCAROLO F., DESPLAND J. -N., FAVEZ N.: « Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant: revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale », *La Psychiatrie de l'enfant.* 2011; 54 (2): 611-637.
- [38] TONNADRE L., GUÉDENEY A., VERDOUX H., SUTTER A.-I.: « Étude pilote sur les facteurs de risque de survenue d'un retrait relationnel précoce chez les enfants de mères admises en UMB et présentant de graves troubles psychiatriques, et les liens avec le développement psychologique ultérieur », *Devenir.* 2017; 29 (4): 255-265.
- [39] TRONICK E. Z., WEINBERG M. K.: « Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness », in: MURRAY L. , COOPER P. J., *Postpartum Depression and Child Development*, The Guilford Press, New York, 1997; p. 54-84.
- [40] VAIVRE-DOURET L.: « Une nouvelle échelle française d'évaluation du développement moteur du jeune enfant (0-4 ans): repères pour la clinique et la recherche », *Devenir.* 2003; 15 (2): 179-189.
- [41] WITTKOWSKI A., GILLHAM R.: « Outcomes for women admitted to a mother and baby unit: a systematic review », *International Journal of Women's Health.* 2015; 7: 459-476.