



Faculté de médecine

Année 2023/2024

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Elisabeth SALMON

Née le 29 mars 1992 à Paris 75012

EVALUATION DES EFFETS THERAPEUTIQUES D'UNE HOSPITALISATION EN UNITE PARENT-ENFANT

Présentée et soutenue publiquement le 21 mai 2024 devant un jury composé de :

Président du Jury : *Professeur Wissam EL-HAGE, Psychiatrie adulte, Faculté de Médecine – Tours*

Membres du Jury :

Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Mathilde WINANT, Psychiatrie adulte, Psychiatrie périnatale, PH, CHU-Lille

Docteur Thomas HER, Pédopsychiatrie, CH-Blois

Directrice de thèse : *Docteur Clémence COUTURIER, Psychiatrie adulte, Psychiatrie périnatale, PH, CHU-Tours*

RESUME

Les études montrent combien la périnatalité est une période sensible concernant l'état psychique du parent, la mise en place des premiers liens, et le développement du bébé. Cette thèse présente un dispositif d'hospitalisation en soins conjoints gradués en psychiatrie périnatale de niveau 2 (hôpital de jour) et de niveau 3 (hôpital temps plein) : HOPE, situé à Amboise (région Centre Val de Loire).

Cette étude a pour objectif de décrire ce dispositif, les soins qui y sont proposés, la population de patients accueillis, ainsi que l'évolution de leurs troubles. Nous faisons l'hypothèse que le dispositif HOPE a un effet positif sur l'interaction dyadique, le retrait relationnel de l'enfant, et l'humeur du parent.

L'évolution de 21 dyades, accueillies en temps plein ou hôpital de jour, a été étudiée au début (T1) et à la fin (T2) d'une période de soin, à l'aide de trois indicateurs : ADBB (échelle de dépistage du retrait relationnel pour l'enfant), EPDS (échelle de dépistage de la dépression post partum chez le parent), et BIS (échelle d'évaluation de l'interaction dyadique parent-enfant).

Nous concluons à partir de ces données, à une amélioration significative de l'interaction entre le parent et l'enfant, de l'humeur parentale, et des compétences relationnelles de l'enfant, pour ces dyades accueillies à HOPE.

Mots clés : périnatalité, psychiatrie périnatale, hospitalisation conjointe parents-bébé, interactions parents-bébé, retrait relationnel, dépression post-partum.

ABSTRACT

Studies show that the perinatal period is a sensitive time for the parent's psychological state, the establishment of the first bonds, and the baby's development. This thesis presents a level 2 (day hospital) and level 3 (full-time hospital) joint care hospitalization system for perinatal psychiatry: HOPE, located in Amboise (Centre Val de Loire region).

The aim of this study is to describe this facility, the care offered, the patient population and the evolution of their disorders. We hypothesize that this facility has a positive effect on dyadic interaction, the child's relational withdrawal and the parent's mood.

The evolution of 21 dyads, in full-time or day hospital care, was studied at the beginning (T1) and end (T2) of a care period, using three indicators: ADBB (relational withdrawal screening scale for the child), EPDS (post-partum depression screening scale for the parent), and BIS (parent-child dyadic interaction assessment scale).

Based on these data, we conclude that there was a significant improvement in parent-child interaction, parental mood and the child's relational skills for these dyads at HOPE.

Key words: Perinatal care, perinatal psychiatry, joint parent-baby hospitalization, parent-baby interactions, relational withdrawal, post-partum depression

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Gérard LORETTE

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|---------------------------------------|---|
| ANDRES Christian..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis | Cardiologie |
| APETOH Lionel | Immunologie |
| AUPART Michel..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique | Cardiologie |
| BACLE Guillaume..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BAKHOS David | Oto-rhino-laryngologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARBIER François..... | Médecine intensive et réanimation |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERHOUEZ Julien | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle | Biologie cellulaire |
| BLASCO Hélène..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| BONNET-BRILHAULT Frédéric | Physiologie |
| BOURGUIGNON Thierry | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CAILLE Agnès | Biostat., informatique médical et technologies de communication |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent..... | Psychiatrie d'adultes |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DEQUIN Pierre-François..... | Thérapeutique |
| DESMIDT Thomas | Psychiatrie |
| DESOUBEAUX Guillaume..... | Parasitologie et mycologie |
| DESTRIEUX Christophe | Anatomie |
| DI GUISTO Caroline | Gynécologie obstétrique |
| DIOT Patrice..... | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| EHRMANN Stephan | Médecine intensive – réanimation |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| ELKRIEF Laure..... | Hépatologie – gastroentérologie |
| ESPITALIER Fabien..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| FAUCHIER Laurent | Cardiologie |
| FOUGERE Bertrand | Gériatrie |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe..... | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe | Rhumatologie |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUILLOIN Antoine..... | Médecine intensive – réanimation |
| GUILLOIN-GRAMMATICO Leslie..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HALIMI Jean-Michel..... | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe..... | Biologie cellulaire |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LABARTHE François | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert..... | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd..... | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |

| | |
|--------------------------------|---|
| LEGRAS Antoine..... | Chirurgie thoracique |
| LESCANNE Emmanuel..... | Oto-rhino-laryngologie |
| LEVESQUE Éric..... | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |
| MACHET Laurent | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain | Pneumologie |
| MARRET Henri | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent..... | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MITANCHEZ Delphine | Pédiatrie |
| MOREL Baptiste..... | Radiologie pédiatrique |
| MORINIERE Sylvain..... | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis..... | Rhumatologie |
| ODENT Thierry..... | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna..... | Gynécologie-obstétrique |
| PAINTAUD Gilles | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Franck | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean..... | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent..... | Physiologie |
| REMERAND Francis..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe..... | Biologie cellulaire |
| RUSCH Emmanuel..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline..... | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem..... | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab..... | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria | Biophysique et médecine nucléaire |
| SAUTENET-BIGOT Bénédicte | Thérapeutique |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick..... | Génétique |
| VELUT Stéphane..... | Anatomie |
| VOURC'H Patrick..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé | Immunologie |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------------|--|
| AUDEMARD-VERGER Alexandra | Médecine interne |
| BISSON Arnaud | Cardiologie (CHRO) |
| BRUNAUT Paul | Psychiatrie d'adultes, addictologie |
| CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo | Rhumatologie (au 01/10/2021) |
| CLEMENTY Nicolas | Cardiologie |
| DOMELIER Anne-Sophie | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GARGOT Thomas | Pédopsychiatrie |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| KERVARREC Thibault..... | Anatomie et cytologie pathologiques |
| LE GUELLEC Chantal..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| LEDUCQ Sophie | Dermatologie |
| LEFORT Bruno | Pédiatrie |
| LEJEUNE Julien | Hématologie, transfusion |
| LEMAIGNEN Adrien | Maladies infectieuses |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| MOUMNEH Thomas | Médecine d'urgence |
| PARE Arnaud..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| PIVER Éric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| ROUMY Jérôme | Biophysique et médecine nucléaire |
| STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| STEFIC Karl | Bactériologie |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| VAYNE Caroline..... | Hématologie, transfusion |
| VUILLAUME-WINTER Marie-Laure..... | Génétique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|-------------------------------|---|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia..... | Neurosciences |
| NICOGLU Antonine | Philosophie – histoire des sciences et des techniques |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile | Médecine Générale |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

| | |
|--------------------------|-------------------|
| AUMARECHAL Alain | Médecine Générale |
| BARBEAU Ludivine..... | Médecine Générale |
| CHAMANT Christelle | Médecine Générale |
| ETTORI Isabelle | Médecine Générale |
| MOLINA Valérie | Médecine Générale |
| PAUTRAT Maxime | Médecine Générale |
| PHILIPPE Laurence..... | Médecine Générale |
| RUIZ Christophe..... | Médecine Générale |
| SAMKO Boris..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

| | |
|-------------------------------|--|
| BECKER Jérôme..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BOUTIN Hervé..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| BRIARD Benoit..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| CHALON Sylvie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| DE ROCQUIGNY Hugues..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GILOT Philippe..... | Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| GOUILLEUX Fabrice | Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001 |
| GUEGUINOU Maxime..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| KORKMAZ Brice..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| LATINUS Marianne..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |
| LAUMONNIER Frédéric..... | Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| LE MERRER Julie | Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253 |
| MAMMANO Fabrizio..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| MEUNIER Jean-Christophe | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259 |
| PAGET Christophe..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| RAOUL William..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069 |
| SECHER Thomas..... | Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SI TAHAR Mustapha..... | Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100 |
| SUREAU Camille | Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259 |
| TANTI Arnaud | Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253 |
| WARDAK Claire..... | Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie.....Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste

EL AKIKI Carole.....Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid.....Orthophoniste

IMBERT Mélanie.....Orthophoniste

SIZARET Eva.....Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HYPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
De mes chers condisciples
Et selon la tradition d'Hippocrate,
Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
Et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
Et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) dans l'intérieur des maisons,
Mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
Ma langue taira les secrets qui me seront confiés
Et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux(se) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
Si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert(e) d'opprobre
Et méprisée(e) de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au Professeur Wissam El-Hage, tout particulièrement pour avoir permis la réalisation de cette thèse, pour ses conseils précieux autour de ce travail et son enseignement lors de ma formation.

Au Docteur Clémence Couturier, toute ma reconnaissance pour son encadrement assidu et amical qui a permis l'accomplissement de cette thèse.

Au Docteur Elise Fidry, mes remerciements chaleureux pour m'avoir tant appris lors de mon passage à HOPE, et pour son aide précieuse et constante tout au long de ce travail.

Au Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault, pour avoir accepté d'évaluer ce travail, ainsi que pour son enseignement passionné et ses conseils durant ma formation.

Au Professeur Vincent Camus, ma reconnaissance pour son encadrement si positif et bienveillant au cours de ces années.

Au Docteur Her Thomas, pour sa présence au sein du jury, et pour la qualité de ce qu'il m'a transmis lors de mon premier stage de pédopsychiatrie.

Au Docteur Mathilde Winant, pour avoir accepté de lire ce travail et participer au jury.

Aux praticiens, chefs de cliniques et assistants auprès de qui j'ai effectué mes stages et qui m'ont beaucoup appris.

Enfin, aux psychologues, infirmier-ères, aides-soignant-es, psychomotricien-es, ergothérapeutes, assistant-es sociaux, éducateurs et autres professionnels que j'ai côtoyé pendant ma formation, pour leur enseignement dans leurs disciplines respectives et leur contribution à me former au travail en équipe.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| SERMENT D’HYPOCRATE..... | 10 |
| REMERCIEMENTS..... | 11 |
| INTRODUCTION..... | 15 |
| I. LES TROUBLES PSYCHIQUES PARENTAUX AUTOUR DE LA NAISSANCE | 15 |
| II. L’IMPACT DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE PARENTALE PERINATALE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L’ENFANT 16 | |
| III. LE FACTEUR RELATIONNEL PARENT-ENFANT DANS LE DEVELOPPEMENT DE L’ENFANT ET LA PATHOLOGIE PARENTALE..... | 17 |
| IV. LES UNITES PARENT-BEBE ET LES SOINS CONJOINTS..... | 17 |
| PATIENTS ET METHODES..... | 20 |
| I. LE DISPOSITIF HOPE A AMBOISE | 20 |
| II. LES DIFFERENTS SOINS PROPOSES A HOPE..... | 21 |
| a. Soins de maternage | 21 |
| b. Observation psychomotricienne-psychologue | 21 |
| c. Temps comptine | 22 |
| d. Lecture aux bébés | 22 |
| e. Psychomotricité | 22 |
| f. Entretiens parent-bébé..... | 23 |
| g. Photolangage..... | 23 |
| h. Corps et mouvement..... | 24 |
| i. Atelier gym poussette | 24 |
| j. Visites à domicile | 25 |
| k. Entretiens médicaux..... | 25 |
| III. PATIENTS..... | 25 |
| IV. METHODOLOGIE | 26 |
| V. CHOIX DES OUTILS DE MESURE | 27 |
| a. L’échelle ADBB (Alarme Détresse Bébé)..... | 27 |

| | | |
|--------------|--|-----------|
| b. | L'échelle BIS (Baby Interaction Scale) | 27 |
| c. | L'échelle EPDS (Edimbourg Post Natal Dépression Scale) | 28 |
| VI. | HYPOTHESE DE TRAVAIL | 28 |
| VII. | TRAITEMENT DES DONNEES | 29 |
| VIII. | GARANTIES ETHIQUES | 29 |
| | RESULTATS | 30 |
| I. | DESCRIPTION DE LA POPULATION | 30 |
| a. | En temps plein | 30 |
| b. | En hôpital de jour | 33 |
| II. | EVOLUTION DES MESURES ENTRE T1 ET T2 POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION TP ET HDJ | 35 |
| III. | EVOLUTION DES MESURES EN TEMPS PLEIN | 36 |
| a. | Evolution des scores BIS | 36 |
| b. | Evolution des scores ADBB | 36 |
| c. | Evolution des scores EPDS | 36 |
| IV. | EVOLUTION DES MESURES EN HDJ | 37 |
| a. | Evolution des scores BIS | 37 |
| a. | Evolution des scores ADBB | 37 |
| b. | Evolution des scores EPDS | 37 |
| V. | REPARTITION DES SOINS | 38 |
| a. | En temps plein | 38 |
| b. | En hôpital de jour | 38 |
| | DISCUSSION | 39 |
| I. | LIMITES DE L'ETUDE | 39 |
| II. | ANALYSE CONCERNANT LA POPULATION | 40 |
| III. | ANALYSE DES EFFETS DU DISPOSITIF | 45 |
| | CONCLUSION | 48 |
| | BIBLIOGRAPHIE | 49 |

| | |
|--|-----------|
| ANNEXES | 54 |
| ANNEXE 1 : FILIERE DE PSYCHIATRIE PERINATALE REGIONALE HOPE ET EXEMPLE DE PARCOURS PATIENT | 54 |
| ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EPDS | 55 |
| ANNEXE 3 : ALARME DETRESSE BEBE (ADBB)..... | 56 |
| ANNEXE 4 : BIS BABY INTERACTION SCALE | 58 |
| ANNEXE 5 : REPARTITION DES ANTECEDENTS DANS LA POPULATION | 59 |
| ANNEXE 6 : MESURES DES TROIS INDICATEURS POUR CHAQUE DYADE EN HDJ ET TP CONFONDUS | 60 |
| ANNEXE 7 : REPRESENTATION DES MESURES EN T1 ET T2 PAR DYADE EN HDJ ET TP | 61 |
| ANNEXE 8 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE ACCUEILLE EN HDJ | 62 |
| ANNEXE 9 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE AYANT BENEFICIE DU TP..... | 63 |
| ANNEXE 10 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE AYANT BENEFICE DU TP PUIS DE L'HDJ..... | 64 |

INTRODUCTION

I. LES TROUBLES PSYCHIQUES PARENTAUX AUTOUR DE LA NAISSANCE

La période périnatale est une période de modifications psychologiques, neurologiques et physiologiques importantes (1–5). De ce fait, pour les femmes ayant des antécédents ou des facteurs de risques psychiatriques, la période périnatale se révèle propice aux décompensations ou à la survenue de pathologies psychiatriques (6,7). Selon l'enquête nationale périnatale sur les naissances de 2021 en France, 16,7% des femmes ont présenté des signes d'épisode dépressif majeur à deux mois du post partum, 15,5% ont vécu difficilement ou très difficilement leur grossesse, et 11,7% ont un mauvais ou très mauvais vécu de l'accouchement (8).

Ces troubles psychiatriques péri-partum peuvent avoir des répercussions durables sur la santé mentale des parents et leur qualité de vie, altérant leurs capacités à créer des liens positifs avec leur bébé. Mais les conséquences peuvent être plus graves encore, selon une étude de l'HAS, entre 2007 et 2009 les suicides représentaient 20 % des décès maternels dans la période périnatale, passant devant le nombre de décès dus à l'hémorragie ou la thrombose (9). Les données sont sensiblement les mêmes dans les autres pays européens. Une étude confirme qu'en France en 2018, les causes psychiatriques sont la principale cause de décès maternel jusqu'à un an après l'accouchement. Or, parmi ces décès maternels par suicide, 53% avaient des antécédents psychiatriques personnels et familiaux, non connus de l'équipe obstétricale (10).

Soulignons que les hommes sont également concernés par les troubles psychiques en lien avec la naissance d'un enfant (11). Dans une étude de synthèse portant sur la dépression périnatale chez les pères, il a été observé que le taux global de dépression paternelle, allant du premier trimestre jusqu'à un an après l'accouchement, atteignait 10,4 % des hommes devenant père. De plus, cette méta-analyse a mis en évidence une corrélation positive modérée entre la dépression des pères et celle des mères (12).

Cependant ces troubles sont difficiles à repérer (13), car ils présentent des spécificités dans la présentation clinique et le discours du patient (14,15). D'une part, l'observation d'une dyade parent-enfant demande une expérience spécifique et un travail pluridisciplinaire, d'autre part, les parents

peuvent rencontrer des difficultés à exprimer leur souffrance. On remarque que la culpabilité est très présente chez les parents, soutenue par l'idée idéalisée que véhicule la société sur la parentalité et la période post-partum considérée comme d'emblée positive et constructive. A cela peut s'ajouter une réticence aux soins en psychiatrie notamment pour les parents qui en ont déjà fait l'expérience surtout si celle-ci s'est avérée négative (16).

II. L'IMPACT DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE PARENTALE PERINATALE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Il est important d'accompagner les patients atteints de troubles psychiatriques devenant parents, pour diminuer les risques de décompensation dans le post-partum (17), mais aussi pour prévenir les troubles psychiques chez l'enfant. Cet impact de la pathologie psychiatrique maternelle sur le développement et le devenir de l'enfant est de plus en plus mis en évidence (5, 14-16). Il a été observé que le trouble de stress post-traumatique (PTSD) chez la mère à 8 semaines après l'accouchement, était associé à un mauvais développement socio-émotionnel de l'enfant deux ans plus tard (21). Ces résultats mettent en évidence l'impact durable des troubles parentaux sur la trajectoire de développement de l'enfant.

Si l'on s'intéresse aux apports de l'imagerie, on observe chez les enfants dont la mère a souffert de dépression post-partum (et non prénatale), des volumes d'amygdales plus faibles. Cette observation suggère un impact physiologique significatif sur les enfants, de la dépression persistante de la mère (22). Par ailleurs il a été relevé que les troubles mentaux pendant la grossesse peuvent perturber les changements neurocognitifs habituellement observés chez la mère, qui la préparent à répondre aux besoins de son enfant (23).

Cependant certaines études montrent qu'il n'y a pas d'association directe entre l'organisation de l'attachement du nourrisson et les antécédents de dépression maternelle en post-partum (24). Il a été mis en évidence que, bien qu'il existe une association entre les troubles des parents pendant la période périnatale et les effets sur l'enfant, l'importance de cette association est généralement faible à modérée (25). De plus, des facteurs de modération tels que le statut économique, le soutien social et la persistance du trouble parental ont été identifiés. Ces résultats montrent l'importance de considérer un ensemble de facteurs contextuels dans l'évaluation des conséquences sur l'enfant.

III. LE FACTEUR RELATIONNEL PARENT-ENFANT DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ET LA PATHOLOGIE PARENTALE

En s'intéressant à l'impact du trouble psychique parental sur l'interaction parent-enfant, on a pu observer que les troubles de l'humeur et les ruminations peuvent entraver l'attention du parent vers les signaux de son nourrisson et sa capacité à y répondre de manière adaptée (26). Une étude a également révélé qu'une mère souffrant d'anxiété montre une interactivité davantage intrusive avec son enfant (27). D'autre part les troubles chez l'enfant ont également une répercussion sur l'état psychique parental. Il a été découvert par exemple un plus grand taux d'anxiété et de dépression chez les parents de nourrisson avec reflux gastro-œsophagien (RGO) que dans la population périnatale générale (28). Ces recherches soulignent la nécessité d'une prise en compte non seulement des symptômes parentaux mais aussi des interactions parent-enfant dans les interventions visant à favoriser la santé psychique de l'enfant et du parent.

On observe que l'amélioration des symptômes dépressifs de la mère seule ne garantit pas une amélioration des interactions parent-enfant (24-26). Mais l'amélioration des interactions, et donc la question de la parentalité, jouent un rôle médiateur dans l'amélioration des résultats pour l'enfant. La prise en compte de ce lien mère-enfant dans les soins est un facteur favorisant également le rétablissement de la mère (32). Cependant, il a été constaté que les symptômes d'anxiété et de dépression impactent de manière différente les interactions entre le parent et son enfant. Les interventions doivent donc être adaptées selon le profil du parent (33).

IV. LES UNITES PARENT-BEBE ET LES SOINS CONJOINTS

Les unités parent-bébé (UPB) sont des unités spécialisées de psychiatrie périnatale dont les objectifs sont de soigner le lien parent-bébé et de proposer une prise en charge psychiatrique et psychologique intensive du parent et de l'enfant, lorsque l'accompagnement ambulatoire est insuffisant. Il s'agit aussi d'éviter la séparation longue de la mère et de son bébé pour prévenir les conséquences de la pathologie maternelle sur le développement du nourrisson. Cette prise en charge vise à être au plus près du processus de parentalité, et nécessite la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils et de moyens spécialisés. Elle est proposée aux parents lorsque le processus de parentalité ne peut être suffisamment étayé en ambulatoire et que l'on observe des manifestations ou des symptômes importants chez le nouveau né ou chez le parent.

Certaines études montrent l'intérêt et l'efficacité des soins pluridisciplinaires dans ces unités spécialisés (31-33).

Ces dispositifs accueillent des futurs parents ou parents présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques ou des difficultés d'établissement du lien avec leur bébé. L'orientation des situations est proposée suite aux évaluations des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux ou libéraux, dans les situations complexes et/ou préoccupantes en ce qui concerne les liens parents-enfant, l'état de fragilité de la mère, ou le développement du bébé.

Ces unités spécialisées travaillent le partenariat et le lien réseau autour des situations complexes. Elles permettent tout d'abord la mise en place et l'organisation d'un réseau favorisant l'orientation et l'accompagnement des parents, et pour les professionnels, un meilleur repérage et une aide dans leurs orientations thérapeutiques (36).

On dénombre dix-huit unités d'hospitalisation à temps plein en France et vingt-sept unités de jour (37). Parmi le peu d'études au sujet des UPB et leurs effets, on peut citer : une étude de données recueillies entre 1999 et 2000 dans plusieurs UPB à temps plein en France et Belgique (38) ; les résultats d'une recherche entre 1998 et 2008 dans des UPB à temps plein en France, Belgique et Luxembourg (39) ; le recueil de données d'une UPB à temps plein à Londres (30), et enfin l'étude plus récente concernant les effets sur les bébés d'une unité de jour en Belgique (40).

Historiquement et actuellement encore, le Royaume-Uni demeure en tête en terme de soins parent-enfant, comptant le plus grand nombre d'UPB. En France, deux types d'UPB ont été identifiés : celles rattachées à des services de psychiatrie adulte, et celles indépendantes, souvent gérées par des pédopsychiatres. Dans les unités rattachées aux services adultes, axées sur la gestion de crise, les hospitalisations sont plus brèves mais avec des équipes moins formées sur la parentalité, moins disponibles psychiquement et sur le plan organisationnel. Les UPB indépendantes des unités adultes représentent une avancée significative dans l'offre de soins, les possibilités thérapeutiques et la prévention de la santé pour l'enfant et l'adulte devenant parent (41). Mais la littérature scientifique sur ce sujet comporte des lacunes (34-35).

D'autre part les pratiques de collaborations inter-institutionnelles, parfois très intensives, font rarement l'objet de conventions ou de formalisations entre les équipes (36-37). Une revue de la littérature médicale a montré que les soins sont différents d'une UPB à l'autre, et qu'ils peuvent être mis en place dans des indications très variables (46). Il n'y a quasiment pas de consensus sur les méthodes d'intervention et d'indication d'admission (47). Malgré l'importance de cette question, il

existe peu d'études évaluant l'efficacité des interventions dans les unités parent-bébé. On connaît donc mal les éléments qui se sont révélés efficaces dans les interventions spécialisées (48) bien que la nécessité d'évaluer et de traiter efficacement les troubles psychiatriques parentaux pendant la période périnatale soit maintenant admise (49).

Cette étude vise à décrire les effets et l'organisation des interventions dans une unité parent-bébé. Elle présente un dispositif régional de psychiatrie périnatale comprenant un accueil de jour et un accueil à temps plein, et la population qui y est accueillie.

Nous avons choisi de prendre pour indicateur l'interaction entre le parent et son bébé, l'état psychique du parent, et le retrait relationnel du bébé. Pour cela, nous avons utilisé trois échelles d'évaluation : l'Edinburgh Postnatal Dépression Scale (EPDS), la Baby Interaction Scale (BIS) et l'Alarme Détresse Bébé (ADBB).

PATIENTS ET METHODES

I. LE DISPOSITIF HOPE A AMBOISE

Le dispositif HOPE, rattaché au service de pédopsychiatrie du centre hospitalier d'Amboise (Indre et Loire, région Centre-Val de Loire), est un service d'hospitalisation pouvant accueillir des enfants et leurs parents à temps plein ou en hôpital de jour. Cette unité, unique en région Centre, propose des soins conjoints gradués et coordonnés avec le réseau partenarial (annexe 1).

Ce service peut accueillir trois dyades et une femme enceinte en hospitalisation complète, et deux dyades et une femme enceinte en hospitalisation de jour. Les bébés admis en temps plein ont entre 0 et 1 ans et peuvent avoir jusqu'à 2 ans en hôpital de jour.

L'équipe soignante est composée d'infirmières (8 ETP), d'une puéricultrice, d'auxiliaires de puériculture (8 ETP), d'un psychiatre (0,8 ETP), d'un pédopsychiatre (0,8 ETP), d'un médecin généraliste (0,10 ETP), d'un pédiatre (0,10 ETP), d'une éducatrice de jeunes enfants (0,60 ETP), d'une assistante sociale (1 ETP), d'une psychomotricienne (0,50 ETP), de deux psychologues (1,10 ETP), d'une secrétaire (1 ETP) et d'une ASH (1 ETP). Une partie de l'équipe peut se détacher pour des visites au domicile des patients (psychiatre, psychologue, assistante sociale, éducatrice, infirmières).

Les admissions se font autour d'une réunion pluridisciplinaire et en lien avec les partenaires. Certaines situations contre-indiquent l'admission d'une patiente : état de décompensation trop fort du parent (risquant de dégrader le lien), risque de passage à l'acte, soins non consentis par la patiente.

L'espace du service est organisé pour permettre aux patients, parents et enfants, de vivre les moments du quotidien : une salle de vie commune comprenant une cuisine, des salles de soin (psychomotricité, éveil) une salle de bain pour les bébés, les chambres des parents et les dortoirs des bébés. Les patients de l'hôpital de jour et du temps plein circulent dans les mêmes espaces, hormis l'accueil du matin qui a lieu dans une pièce dédiée pour les dyades de l'hôpital de jour.

Le plan de soin est discuté en équipe pour chaque patient à l'occasion des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires. Lors de cette synthèse sont représentées toutes les disciplines présentes au sein du service et citées plus haut. Chaque professionnel est amené à partager son regard sur la situation de la dyade.

Le principal soin dont bénéficient toutes les dyades est le soin relationnel, autour du maternage. Les dyades sont entourées par l'équipe soignante pour tous les temps du quotidien (repas, change du bébé, accompagnement au sommeil de l'enfant...). Les autres soins qui peuvent être proposés comprennent des soins individuels, des soins dyadiques ou triadiques, et des soins collectifs. Les soins individuels peuvent être les consultations parent-enfant avec le psychologue, les consultations médicales, ou une visite à domicile. Parmi les soins collectifs on distingue les ateliers : couture, temps bien-être, cuisine ; et les groupes thérapeutiques : temps comptine, gym poussette, photolangage, corps et mouvement.

II. LES DIFFERENTS SOINS PROPOSES A HOPE

a. SOIN DE MATERNAGE

L'accompagnement dans le maternage quotidien représente le support nécessaire autour duquel les soins conjoints, individuels ou collectifs peuvent être mis en place. Cet accompagnement est assuré par les auxiliaires de puériculture et infirmier-es. Ces soignants sont présents tout au long de la journée et de la nuit auprès des dyades. Elles accompagnent les parents dans les soins du bébé, prennent le relais si besoin, aident le parent à s'ajuster auprès de son bébé. Les soignantes apportent le soutien émotionnel, un regard attentif pour le parent et le bébé. Cela assure un environnement sécurisant et contenant, permettant les mouvements régressifs du parent. La sécurité affective du bébé est ainsi garantie lorsque les symptômes du parent ne lui permettent pas de se maintenir en continuité avec l'enfant. Le soutien du parent et le relais auprès de l'enfant sont gradués en fonction des besoins de la dyade et de l'évaluation clinique du parent.

b. OBSERVATION PSYCHOMOTRICIENNE-PSYCHOLOGUE

A l'entrée en hospitalisation temps plein, un temps d'observation du bébé est proposé de façon systématique par la psychomotricienne et la psychologue du service. Ce temps d'observation permet d'évaluer le développement psychomoteur du bébé en présence de ses parents. Il a pour but une

observation conjointe des parents et des professionnels des compétences : relationnelles et sociales, communicatives et langagières, toniques et sensori-motrices. Ce temps filmé sera l'objet d'un échange avec l'équipe mais aussi avec les parents auprès de la psychologue.

L'objectif est d'obtenir un profil précis du développement du bébé afin de s'appuyer sur ses potentialités et de prendre en compte ses fragilités dans l'élaboration du projet de soin. Il permet également d'inviter les parents à observer leur bébé avec une attention privilégiée du côté de ses compétences en s'appuyant sur l'attention déployée par les professionnels.

c. TEMPS COMPTINE

Le temps comptine est un groupe thérapeutique parents-bébé où toutes les dyades/triades sont attendues chaque matin : temps plein et HDJ. Ce temps a pour objectif de favoriser l'observation et l'échange avec le bébé grâce à la médiation du chant et de la musique. Ce groupe a lieu au salon d'éveil, un espace spécifiquement pensé à hauteur d'enfant (installation au sol, aménagement de l'espace) et permettant de déployer la motricité libre des bébés. Ce temps permet à l'équipe de soutenir l'attention portée aux réactions de l'enfant, de les nommer avec le parent.

Ritualisé, ce temps soutient le parent dans la structuration de la journée de l'enfant, dont on sait l'importance. A l'issue de l'hospitalisation, le parent se voit remettre un carnet regroupant les comptines qu'il aura choisi, lui permettant de poursuivre ce temps au domicile avec son enfant.

d. LECTURE AUX BEBES

Une fois par semaine, des lectrices de l'association « Livre Passerelle », association extérieure à l'hôpital, viennent lire des albums de littérature jeunesse aux bébés et parents au sein du service. « La langue des histoires qu'on raconte ou qu'on lit, l'organisation d'une histoire, avec un avant, un après, des péripéties, sont essentielles pour que le jeune enfant prenne des repères et sache à son tour se raconter » (50). Cette action propose une articulation « culture/soin » qui semble potentialiser les effets thérapeutiques en cours dans l'hospitalisation de jour ou à temps plein.

e. PSYCHOMOTRICITE

Une attention spécifique du psychomotricien peut être nécessaire lorsque les aspects psychocorporels sont impactés, du côté du bébé comme du parent. En effet, le bébé peut avoir besoin d'être soutenu dans sa régulation tonique et émotionnelle, et cela passera par un travail sur l'accordage dans les portages, les interactions parent-bébé. Le parent lui-même est souvent impacté

dans sa corporéité, ce qui sera pris en compte par le psychomotricien lors des soins. Au sein d'une unité parent-bébé, le psychomotricien joue un rôle à la fois pour le bébé, l'interaction, et le parent (51). En plus de son rôle d'évaluation et de soutien du développement, il joue le rôle de tiers dans la dyade, il aide le parent à comprendre les signaux du bébé, à formuler des hypothèses, à y répondre de manière adaptée. Les séances offrent un espace de guidance, de revalorisation pour le parent, et un espace sécurisé permettant à l'enfant de développer ses explorations. « Soutenir l'enfant dans son développement lui permet d'accroître son répertoire moteur et cognitif ce qui influence l'interaction puisqu'il aura à sa disposition de nouveaux moyens de communiquer » (52). « Le psychomotricien aide la mère à penser les pensées de son enfant » (52).

f. ENTRETIENS PARENT-BEBE

Les psychologues du service proposent des temps d'entretien pour le parent (seul ou en présence du bébé) et des entretiens parent-bébé (un ou les deux parents peuvent être accueillis en fonction du projet de soin). Les entretiens parents-bébé permettent dans un espace de soin sécurisant de faire émerger et de favoriser les processus de parentalité en cours. Une attention toute particulière est portée sur la remise en lien entre les représentations fantasmatiques, imaginaires du parent et le vécu du bébé réel. L'entretien offre un espace de parole pour le ou les parents mais aussi un lieu d'observation spécifique du bébé et un lieu où les interactions parents-bébé peuvent être favorisées (autour de temps de maternage ou de jeux). En fonction de la problématique parentale et interactive, les entretiens peuvent être centrés sur le vécu parental, sur l'interaction ou sur le vécu du bébé ; la présence et la participation active du bébé dans la thérapie va s'ajuster en fonction des problématiques qui vont être mises au travail.

g. PHOTOLANGAGE

Le photolangage est un groupe thérapeutique animé par la psychologue, avec un deuxième soignant. Il est hebdomadaire et s'adresse aux patientes et patients hospitalisés à temps plein ou à la journée. Le groupe photolangage utilise l'image, la photo (dossiers de photos labellisés pour cette méthode) comme objet médiateur et support à la parole. Dans ce dispositif, il n'y a pas d'interprétation, c'est une méthode facilitatrice de la prise de parole en groupe. Le groupe à médiation favorise plusieurs processus thérapeutiques : la capacité du groupe à fournir un cadre sécurisé et soutenant pour l'exploration des émotions, la redistribution des émotions et des

attitudes transférées vers l'image, l'appui sur les interactions entre les membres du groupe pour favoriser un sentiment d'appartenance et de solidarité, pour restaurer chez le parent une meilleure intégration entre les expériences émotionnelles et leur représentation mentale. L'objectif de ce groupe est d'obtenir un impact positif sur les processus d'accès à la parentalité et plus globalement sur le bien-être psychique du parent.

h. CORPS ET MOUVEMENT

Chaque semaine, les mères hospitalisées à la journée ou en temps plein bénéficient d'un groupe « corps et mouvement » animé par une psychomotricienne et une psychologue. Ce groupe permet d'explorer différentes propositions autour du corps, de l'espace, du temps et de la voix et d'offrir un espace de symbolisation des souvenirs traumatiques. Il a pour objectif principal d'enrichir les expériences psychocorporelles des patientes à différents niveaux : en travaillant sur la perception de leur propre corps, le corps en interaction avec les autres, la manière dont leurs émotions se manifestent dans leur corps, et le corps dans sa dimension symbolique. Ces expériences psychocorporelles résonnent avec la manière dont le parent s'ajuste dans la relation avec son bébé, en terme de tonus musculaire, de posture, d'expression émotionnelle.

i. ATELIER GYM POUSSETTE

Le groupe « Gym poussette » se définit comme un groupe de resocialisation extérieure à visée thérapeutique, semi-ouvert, à durée non prédéterminée et accueille quatre dyades maximum. Il est animé en binôme par l'infirmière et l'assistante sociale de l'équipe mobile de l'unité parents-enfants, à une fréquence d'un vendredi sur deux. L'indication est posée et réévaluée en synthèse pluridisciplinaire. La séance dure environ une heure trente, et est rythmée par différents temps (accueil, temps de marche et d'échange, pause conviviale, bilan et départ). Les mères et leurs bébés retrouvent les professionnelles dans un lieu repéré : le lac de Tours.

Il est possible d'accompagner une dyade de son domicile jusqu'au lieu de RDV pour rejoindre le groupe, dans le but de travailler l'autonomie par la suite afin de valoriser les compétences parentales.

Les objectifs du groupe : se remettre en mouvement, rompre l'isolement, s'appuyer sur le collectif et partager des expériences communes.

j. VISITES A DOMICILE

L'équipe mobile a pour mission d'intervenir de façon précoce en prénatal et post-natal à domicile ou dans le lieu de vie de l'enfant et de son parent pour préparer l'admission et consolider les soins après hospitalisation. Elle a également pour missions de valoriser les liens avec les partenaires médico-sociaux. Elle permet aussi une mobilité de l'équipe spécialisée de HOPE pour des missions d'information au niveau local et régional.

k. ENTRETIENS MEDICAUX

Nous pouvons distinguer l'entretien de préadmission pour donner un avis sur la pertinence de l'hospitalisation, l'entretien d'admission à l'entrée dans le dispositif, des entretiens réguliers de réévaluation afin de réactualiser le projet de soins coordonné par le psychiatre référent. Ils ont lieu soit en présence du parent seul, soit avec le bébé. Les entretiens familiaux incluent le ou la conjointe. Ils peuvent être le lieu d'une psychothérapie parents-bébé, et d'une thérapie du parent selon la formation du praticien, de type TCC, EMDR, psychothérapie interpersonnelle. Ils se font en présence de l'infirmier-e de l'hôpital de jour ou du temps plein selon la modalité d'admission du patient. Le bébé est reçu par le pédiatre, et le parent par le médecin généraliste pour les dyades du TP. Des parents peuvent être reçus en consultation anté-conceptionnelles, et des consultations à 3 mois se font après la sortie du dispositif.

Les modalités de ces soins sont variables, en effet certains entretiens médicaux ont lieu en binôme avec le psychologue ou l'assistante sociale, selon les points abordés. Aussi, les temps de psychomotricité et entretiens parent-enfant peuvent se faire conjointement. Les soins sont modulables et adaptables au cours de la prise en charge en fonction des besoins des patients.

III. PATIENTS

Les deux échantillons « temps plein » (TP) et « hôpital de jour » (HDJ) de cette étude sont composés de patients qui ont bénéficié de soins entre le 2 novembre 2022 et 1 juin 2023. On désigne par le terme de « dyade » le parent et son bébé.

Nous avons au total étudié treize dyades en HDJ et neuf dyades en TP. Certaines dyades ont été exclues de l'étude car elles sont venues sur un intervalle de temps trop court pour que puissent être effectuées les cotations des indicateurs, ou parce que les données étaient manquantes. Au

total, deux dyades ont été exclues en TP, et six en HDJ. Notons cependant que pour quatre des dyades incluses, il manque des données EPDS en T1 ou T2.

IV. METHODOLOGIE

La collecte des mesures s'est déroulée en deux temps, T1 et T2, qui correspondent à l'entrée et à la sortie du dispositif pour le groupe TP, et à un intervalle de temps de soin pour le groupe HDJ. Pour l'HDJ, le T2 ne peut pas correspondre à la fin des soins car un changement d'organisation du dispositif, du fait du départ de médecins, nous a contraint à stopper le relevé de l'étude.

Tant dans le groupe TP que dans le groupe HDJ, les mesures comprenaient les évaluations à l'aide des échelles suivantes : EPDS, ADBB et BIS. Les scores BIS ont été cotés sur la base de vidéos d'interaction entre le parent hospitalisé et son enfant, et l'ADBB a été cotée sur la base d'une interaction entre l'enfant et un soignant, en consultation ou au sein du service. Les cotations ont été réalisées en binôme : interne-psychologue ou interne-médecin ; la psychologue et la médecin de l'unité étant formées à l'utilisation des différentes échelles.

On considère le patient hospitalisé comme étant le parent adressé à HOPE, et pour qui le projet de soin est pensé, bien que le deuxième parent puisse être présent et également bénéficier d'une prise en charge individuelle et adaptée à ses besoins. Les cotations BIS et EPDS ont été effectuées avec ce parent, qui est demandeur de soins, désigné « parent » de la dyade, dans l'étude.

Les diagnostics des patients adultes ont été établis sur critères CIM11. Les diagnostics des patients enfants ont été établis sur critères CIM10.

Les données concernant les caractéristiques socio-économiques et médicales des dyades (données concernant l'enfant et données concernant le parent) ont été relevées à partir des dossiers médicaux ou par le biais des entretiens.

Nous avons considéré les patientes comme ayant un vécu traumatique de l'accouchement lorsqu'elles rapportaient des angoisses massives, des reviviscences ou des cauchemars concernant l'accouchement.

De la même manière, nous avons considéré qu'il y avait une symptomatologie pendant la grossesse lorsque de l'anxiété, des idées délirantes, une modification du comportement était observable par l'entourage ou rapporté par la patiente.

Pour décrire les soins reçus par chaque dyade, nous avons considéré les temps individuels, dyadiques et groupaux auxquels ont participé le/les parents et le bébé. Ces temps ont été définis dans le projet de soin élaboré en synthèse pluridisciplinaire à partir des besoins exprimés par les patients et ont fait l'objet d'une validation dans le protocole de fonctionnement du service.

V. CHOIX DES OUTILS DE MESURE

a. L'ECHELLE ADBB (ALARME DETRESSE BEBE)

La clinique du bébé a pu montrer que le comportement de retrait est symptomatique d'un trouble dans la trajectoire développementale de l'enfant. Cela peut être le signe d'un trouble du neurodéveloppement dans le spectre de l'autisme, une dépression, un trouble sensoriel, un trouble de l'attachement. Il n'existe pas d'autre échelle utilisable avant les deux ans de l'enfant pour rechercher ce type de comportement. Elle a été créée et validée par Guedeney en 2001.

L'échelle ADBB évalue les capacités relationnelles de l'enfant (voir annexe 3). Elle n'évalue pas les interactions parent-enfant mais la présence ou l'absence de retrait relationnel, qui est une composante symptomatologique de l'interaction de l'enfant avec son parent. Son utilisation nécessite une formation (53). Elle est applicable pour les enfants de 2 à 24 mois sur matériel vidéo ou lors d'un examen pédiatrique. Elle comprend les items suivants : expression du visage, contact visuel, activité corporelle, gestes d'auto-stimulation, vocalisations, vivacité de la réaction à la stimulation, relation, attractivité. Chaque item est coté de 0 : absence de comportement de retrait à 4 : comportement massivement anormal. La valeur seuil est de 5 (supérieure ou égale), et signe la présence d'un retrait (54).

b. L'ECHELLE BIS (BABY INTERACTION SCALE)

La BIS est une échelle d'évaluation de l'interaction dyadique précoce entre le parent et l'enfant (voir annexe 4). Il s'agit de la seule échelle disponible pour les enfants de moins de deux ans, ce qui correspond à l'âge de la population des enfants accueillis à HOPE (55). Le choix des items permet d'évaluer la qualité de l'interaction sans être dépendant de l'âge de développement de l'enfant.

La cotation est simple et peut être effectuée par l'ensemble des professionnels du champ de la psychiatrie périnatale. Elle s'appuie sur l'observation de l'enfant, en situation de jeu libre de cinq minutes entre le bébé et son parent. La consigne est donnée au parent d'interagir comme il a

l'habitude de le faire avec son enfant. Le professionnel de santé n'interagit pas avec la dyade pendant ce temps. L'échelle comprend cinq items pour le parent, cinq pour l'enfant et cinq pour la dyade, avec une cotation possible par demi-point, permettant de nuancer le résultat sur 9. A cela s'ajoute un item subjectif dont nous n'avons pas tenu compte, préférant se focaliser sur les critères objectifs. L'appréciation visuelle de l'échelle permet d'avoir une idée rapide des difficultés de la dyade. Le score total peut aller de zéro à trente. Notons que cette échelle n'est pas encore validée en pratique clinique. Elle a été créée à l'occasion d'une étude pilote en 2020, dans le cadre de la thèse du Dr BEAUPUY, en collaboration avec le Dr VIAUX SAVELON. Un score supérieur ou égale à 12,5 montre une dysharmonie interactive.

c. L'ECHELLE EPDS (ÉDIMBOURG POST NATAL DEPRESSION SCALE)

L'EPDS est une échelle d'auto-évaluation de la dépression post-natale et prénatale largement utilisée dans la recherche et la pratique clinique (voir annexe 2). Elle est constituée de dix items cotés chacun sur une échelle de zéro à trois, le score total pouvant aller donc de zéro à trente. Dans une perspective clinique, le score 11 assure un meilleur dépistage. Dans une perspective de recherche, le score 12 assure une meilleure spécificité. L'EPDS est reconnue pour sa simplicité d'utilisation, ses propriétés psychométriques et sa large diffusion internationale, ce qui en fait un outil de choix dans l'aide au dépistage de la dépression postnatale et prénatale. L'échelle en version française a été validée en 2005 pour une utilisation en période prénatale.

VI. HYPOTHESE DE TRAVAIL

Nous faisons l'hypothèse que nous observerons des effets positifs de l'hospitalisation conjointe parent/bébé sur les compétences relationnelles du bébé, l'interaction parent-enfant, et la santé psychique du parent.

Les objectifs de cette étude seront de :

- Décrire la population de dyades hospitalisées à HOPE en temps plein et en hôpital de jour
- Décrire les soins proposés dans le cadre des soins conjoints à HOPE et leur répartition parmi l'échantillon de patients
- Observer l'évolution des mesures EPDS, BIS, et ADBB, en T1 et T2, en TP et HDJ confondus puis séparément.

VII. TRAITEMENT DES DONNEES

Nous avons appliqué le test de Wilcoxon pour l'ensemble de la population HDJ et TP (n=21), afin de vérifier les effets du dispositif d'hospitalisation conjointe.

Pour décrire plus précisément les effets différenciés de l'hôpital temps plein et de l'hôpital de jour nous avons choisi d'appliquer une analyse descriptive compte tenu des faibles effectifs et de l'absence de bras contrôle.

VIII. GARANTIES ETHIQUES

Le travail de recherche s'inscrit dans une évaluation en soins courants. La prise en charge des patients n'est aucunement impactée ou modifiée par la recherche qui se veut observationnelle et descriptive. L'ensemble des données est immédiatement anonymisé au moment du recueil.

RESULTATS

I. DESCRIPTION DE LA POPULATION

a. EN TEMPS PLEIN

Tableau 1 : Caractéristiques concernant les parents en TP

Données concernant le parent n=8

| | | | |
|--|----------------------------|---|---------|
| Age moyen du parent en soin en année (min-max.) | | 33,6 (25 à 40 ans) | |
| Temps moyen d'hospitalisation en semaines (min.-max.) | | 6,7 (2-11 semaines) | |
| Sexe | Femme | 8 (100%) | |
| Diagnostic principal | | Trouble psychique en lien avec le post partum avec éléments psychotiques (6F21) | 5 (62%) |
| | | Trouble psychique en lien avec le post partum sans éléments psychotiques (6E2Z) | 3 (37%) |
| Diagnostic associé | | Trouble de la personnalité (6D10) | 4 (50%) |
| | | Syndrome de stress post-traumatique (6B40) | 3 (37%) |
| Antécédents | Psychiatriques personnels | 7 (88%) | |
| | Psychiatriques familiaux | 3 (38%) | |
| | Traumatiques | 3 (38%) | |
| Primiparité | | 7 (88%) | |
| Symptômes pendant la grossesse | | 6 (75%) | |
| Mode d'accouchement | Voie basse | 4 (50%) | |
| | Césarienne | 4 (50%) : 1 programmée, 3 en urgence | |
| Vécu traumatique de l'accouchement | | 6 (75%) | |
| Traitement pharmacologique associé et prescripteur initial | Médecin de l'unité | 2 | 6 (75%) |
| | Médecin extérieur | 4 | |
| Passage aux urgences psychiatriques avant ou au cours de la prise en charge | | 2 (25%) | |
| Conjoint | Antécédents psychiatriques | 0 | |
| | Présent en HDJ | 5 (63%) | |
| Structure familiale | Biparentale | 7 (87%) | |
| | Monoparentale | 1 (13%) | |
| Conflits conjugaux | | 3 (37%) | |
| Etudes supérieures | | 5 (63%) | |
| Stress au travail | | 2 (25%) | |

Le temps moyen d'hospitalisation est de 6,7 semaines, ce qui correspond à la différence de temps entre T1 et T2.

Il s'agit du premier enfant pour toutes les patientes, et elles ont en moyenne 33 ans. Tous les parents présentent un trouble en lien avec la grossesse, le plus fréquemment avec éléments psychotiques. La moitié des patientes présentent également un trouble de personnalité et un tiers présentent un trouble de stress post-traumatique.

88% des mères ont des antécédents psychiatriques personnels (voir annexe 5) et 75% ont rapporté des symptômes pendant la grossesse. On retrouve autant d'accouchements par césarienne que par voie basse. Le traitement médicamenteux est initié le plus souvent par un médecin extérieur à l'unité.

Les patientes sont en majorité en couple (87%), et ont fait des études supérieures (63%). Deux tiers des pères sont présents en HDJ, et aucun n'ont d'antécédent psychiatrique.

Tableau 2 : caractéristiques concernant les enfants en TP

Données concernant l'enfant (n=8)

| | | |
|---|--|---------|
| Age moyen du bébé à l'admission en mois (min-max.) | 3,5 (0,5-7 mois) | |
| Diagnostic principal à l'entrée | Trouble émotionnel (F939) | 5 (63%) |
| | Trouble du développement moteur(F82) | 4 (50%) |
| | RGO (K219) | 3 (38%) |
| | Symptômes non spécifiques propres au nourrisson (R681) | 2 (25%) |
| | Trouble du sommeil (G47) | 1 (13%) |
| | Eczéma (L20) | 1 (13%) |
| | Erythème sans précision (L539) | 1 (13%) |

Les bébés ont en moyenne 3,5 mois. Trois quart présentent des symptômes émotionnels, et/ou moteurs. Plus d'un tiers présentent un RGO. Un quart des enfants ne présentent pas de troubles.

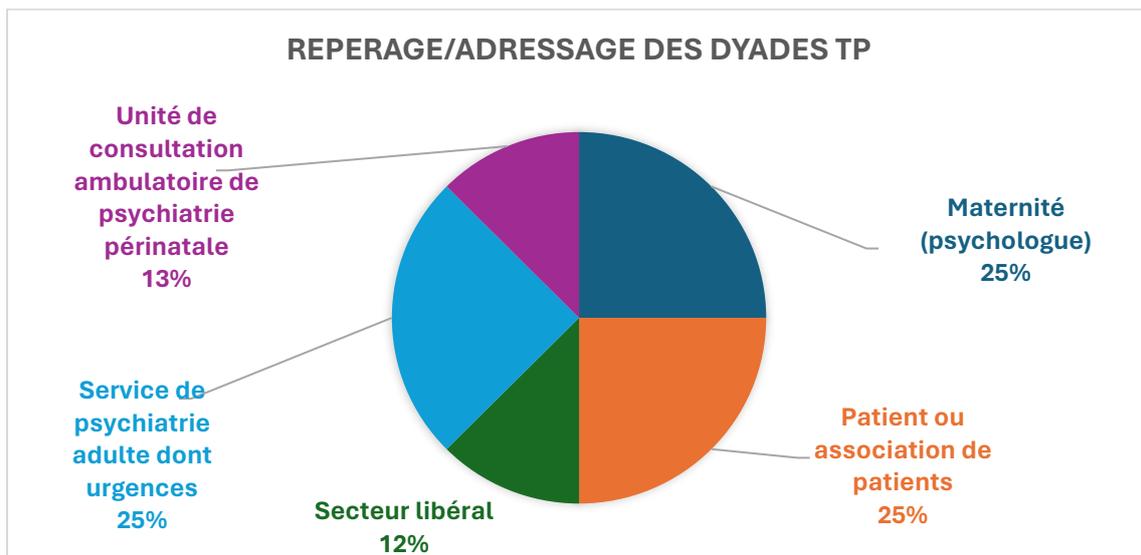


Figure 1 : Repérage des dyades TP

Un quart des dyades en TP ont été repérées par la maternité, un quart par des services de psychiatrie adulte dont les urgences, un quart enfin ont été adressées soit par des non professionnels (associations de patients) soit par les patientes elles-mêmes.

Tableau 3 : Orientation des dyades à la sortie du TP (n=8)

| Orientation / Sortie | Nombre | Pourcentage |
|--|--------|-------------|
| Unité ambulatoire de psychiatrie périnatale. | 5 | 63% |
| Equipe mobile HOPE | 3 | 38% |
| Psychiatre libéral | 3 | 38% |
| HDJ HOPE | 3 | 38% |
| Psychologue libéral | 1 | 13% |
| SAJEEP | 1 | 13% |
| PMI | 1 | 13% |

Les dyades sont toutes orientées à la sortie pour une poursuite des soins. Il s'agit le plus souvent d'une orientation vers une structure ambulatoire de consultation, ou bien de l'hôpital de jour. Plus d'un tiers des patientes sont suivies à la sortie par un psychiatre libéral pour la poursuite des soins individuels. Les propositions de soins sont articulés et multiples pour une même dyade.

b. EN HOPITAL DE JOUR

Tableau 4 : Caractéristiques des patients de l'échantillon HDJ

Données concernant le parent n=13

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|----------|
| Age moyen du parent moyen en année (min.-max.) | | 30 (18 à 40 ans) | |
| Temps d'hospitalisation moyen en semaines (min.-max.) | | 39 (16 à 71 semaines) | |
| Sexe | <i>Homme</i> | 1 (8%) | |
| | <i>Femme</i> | 12 (92%) | |
| Diagnostic principal | | Trouble psychique en lien avec la grossesse sans éléments psychotiques (6E2Z) | 8 (61%) |
| | | Trouble psychique en lien avec la grossesse avec éléments psychotiques (6F21) | 5 (38%) |
| Diagnostic associé | | Trouble de la personnalité (6D10) | 5 (38%) |
| | | Syndrome de stress post traumatique (6B40) | 3 (23%) |
| | | Trouble addictif (6C40) | 1 (8%) |
| | | Trouble du spectre de l'autisme | 1 (8%) |
| Antécédents | <i>Psychiatriques personnels</i> | 13 (100%) | |
| | <i>Psychiatriques familiaux</i> | 4 (31%) | |
| | <i>Traumatiques</i> | 5 (39%) | |
| Primiparité | | 11 (84%) | |
| Symptômes pendant la grossesse | | 7 (54%) | |
| Vécu traumatique de l'accouchement | | 4 (31 %) | |
| Mode d'accouchement | <i>Voie basse</i> | 9 (69%) | |
| | <i>Césarienne</i> | 5 (38%) : 1 programmée, 4 en urgence | |
| Traitement pharmacologique et prescripteur initial | <i>Médecin de l'unité</i> | 6 | 10 (76%) |
| | <i>Médecin extérieur</i> | 4 | |
| Passage aux urgences psychiatriques avant ou pendant la prise en charge | | 6 (46%) | |
| Structure familiale | <i>Biparentale</i> | 12 (92%) | |
| | <i>Monoparentale</i> | 1 (8%) | |
| Conjoint | <i>Présence en HDJ</i> | 9 (70%) | |
| | <i>Antécédents psychiatriques</i> | 4 (31%) | |
| Conflits conjugaux | | 10 (77%) | |
| Etudes supérieures | | 7 (54%) | |
| Stress au travail | | 8 (62%) | |

L'échantillon de patients ne comprend qu'un homme.

Comme en temps plein, tous les patients souffrent d'une pathologie en lien avec la période périnatale. Ils ont tous également des antécédents psychiatriques personnels (voir annexe 5) et plus de la moitié ont rapporté des symptômes pendant la grossesse.

46% sont passés aux urgences psychiatriques avant ou au cours de leur prise en charge à HOPE.

C'est le premier enfant pour 84% des parents. Il s'agit de familles biparentales en majorité (92%) et 70% des conjoints sont présents en HDJ. Un petit nombre d'entre eux présente des antécédents psychiatriques (31%).

La moitié des patients ont fait des études supérieures. Notons que 62% des parents rapportent du stress au travail et 77% rapportent des conflits conjugaux.

Tableau 5 : Caractéristiques des enfants en HDJ n=13

| Données concernant l'enfant n=13 | | |
|--|--|----------|
| Age moyen du bébé à l'admission en mois (min.-max.) | 4,3 (1 à 13 mois) | |
| Diagnostics à l'entrée chez l'enfant | Trouble émotionnel (F939) | 10 (77%) |
| | Trouble du développement moteur (F82) | 7 (54%) |
| | RGO (K219) | 3 (23%) |
| | Trouble du sommeil (G47) | 2 (15%) |
| | Symptômes non spécifiques propres au nourrisson (R681) | 1 (8%) |
| | Strabisme (9D46) | 1 (8%) |

Nous observons dans notre échantillon que les bébés hospitalisés ont une moyenne d'âge de 4,3 mois à l'entrée. Un seul enfant ne présente pas de symptômes spécifiques, les autres présentent tous des troubles.

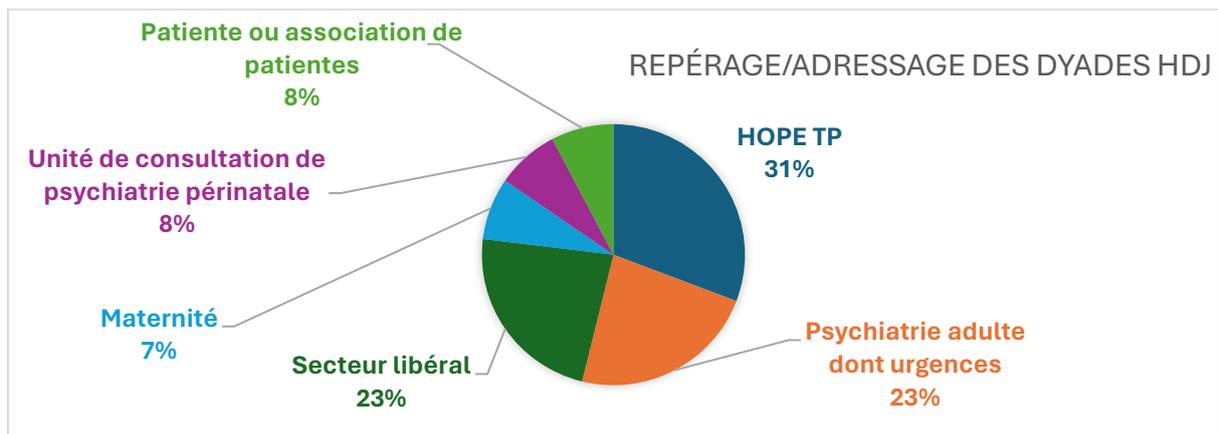


Figure 2 : Repérage des dyades HDJ

Notons ici que 31% des dyades ont été prises en charge en temps plein avant l'entrée en HDJ. 23% des dyades en HDJ ont été repérées par des intervenants du secteur libéral et 23% par des services de psychiatrie adulte dont les urgences. A leur sortie, les patients ont tous été orientés vers l'unité d'accompagnement parent-bébé de Tours, dispositif ambulatoire de niveau 2 créé pour palier à la fermeture de HOPE. 11 patients sur 13 ont été orientés ou poursuivront des soins en psychiatrie adulte de secteur ou en libéral. Les propositions de soins sont articulés et multiples pour une même dyade.

II. EVOLUTION DES MESURES ENTRE T1 ET T2 POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION TP ET HDJ

Tableau 6 : Mesures de la population HDJ et TP

| | BIS T1 | BIS T2 | EPDS T1 | EPDS T2 | ADBB T1 | ADBB T2 |
|-------------------|--------------|--------|---------|---------|---------|---------|
| n= | 21 | | 16 | | 21 | |
| Moyenne | 27,6 | 13,7 | 17,1 | 10,5 | 8 | 4,2 |
| Ecart-type | 11,8 | 9,3 | 8,3 | 5,7 | 5 | 4,8 |
| Wilcoxon | Q obs. 207,5 | | 113,5 | | 164,5 | |
| | p 0,001 | | 0,003 | | 0,027 | |

La diminution des mesures BIS dans la population qui regroupe les dyades du TP et de l'HDJ (voir annexe 6) est significative avec $p=0,001$. La diminution des mesures EPDS de la population regroupant TP et HDJ est significative avec $p=0,003$. La diminution des mesures de l'ADBB de la population regroupant TP et HDJ est significative avec $p=0,027$.

III. EVOLUTION DES MESURES EN TEMPS PLEIN

a. EVOLUTION DES SCORES BIS

Tableau 7 : Moyenne et écart-type des mesures BIS en TP

| | BIS T1 | BIS T2 |
|--------------------|---------------|---------------|
| <i>Moyenne n=8</i> | 27,3 | 13,3 |
| <i>Ecart-type</i> | 11,4 | 11,1 |

La moyenne des mesures BIS passe de 27,3 à 13,3. Le score BIS s'améliore pour sept dyades. Il s'aggrave pour une dyade. Trois dyades passent sous le score seuil en T2. (Annexe 7)

b. EVOLUTION DES SCORES ADBB

Figure 8 : Moyenne et écart-type des mesures ADBB en TP

| | ADBB T1 | ADBB T2 |
|--------------------|----------------|----------------|
| <i>Moyenne n=8</i> | 6,6 | 5,3 |
| <i>Ecart-type</i> | 2,7 | 6,3 |

La moyenne des mesures ADBB passe de 6,6 à 5,3 entre T1 et T2. Le score s'améliore pour quatre enfants (annexe 7). Il s'aggrave pour trois enfants et stagne pour un enfant. Quatre enfants passent sous le score seuil.

c. EVOLUTION DES SCORES EPDS

Tableau 9 : Moyenne et écart-type des mesures EPDS en TP

| | EPDS T1 | EPDS T2 |
|--------------------|----------------|----------------|
| <i>Moyenne n=8</i> | 21 | 12 |
| <i>Ecart-type</i> | 8,8 | 7,2 |

La moyenne des mesures EPDS passe de 21 à 12 entre les deux temps. Le score EPDS s'améliore pour tous les patients. Les dyades 3, 7 et 8 n'ont pas de score disponible en T1. Trois patients ont un score sous le seuil de 12 à la sortie. (Annexe 7)

IV. EVOLUTION DES MESURES EN HDJ

a. EVOLUTION DES SCORES BIS

Tableau 10 : Moyenne et écart-type des mesures BIS en HDJ

| | BIS T1 | BIS T2 |
|--------------|--------|--------|
| Moyenne n=13 | 29,1 | 13,9 |
| Ecart type | 12,2 | 8,5 |

La moyenne des mesures BIS passe de 29,1 à 13,9 entre T1 et T2. Onze dyades ont un score BIS qui s'améliore entre T1 et T2. Deux dyades ont un score qui s'aggrave. Six dyades passent sous le seuil en T2. Plus la valeur BIS est élevée, plus la différence T1-T2 est forte. (Annexe 7)

a. EVOLUTION DES SCORES ADBB

Tableau 11 : Moyenne et écart-type des mesures ADBB en HDJ

| | ADBB T1 | ADBB T2 |
|--------------|---------|---------|
| Moyenne n=13 | 9 | 3,5 |
| Ecart-type | 6 | 3,7 |

La moyenne des mesures ADBB passe de 9 à 3,5 entre T1 et T2. L'ADBB est amélioré pour dix dyades. Il s'aggrave pour trois dyades. Il passe sous le score seuil pour neuf dyades. (Annexe 7)

b. EVOLUTION DES SCORES EPDS

Tableau 12 : Moyenne et écart-type des mesures EPDS en HDJ

| | EPDS T1 | EPDS T2 |
|--------------|---------|---------|
| Moyenne n=13 | 15,5 | 10,3 |
| Ecart-type | 7,9 | 4,9 |

La moyenne des mesures EPDS passe de 15,5 à 10,3 entre T1 et T2. Les scores EPDS ont diminué pour sept dyades sur treize. Le score stagne pour une dyade. Le score s'aggrave pour deux dyades. Sept patients présentent un score strictement sous le seuil de douze en T2. On observe que seulement une dyade avec une mesure strictement supérieure à onze en T1 passe sous le seuil « inférieur ou égal à onze » en T2. (Annexe 7)

V. REPARTITION DES SOINS

a. EN TEMPS PLEIN

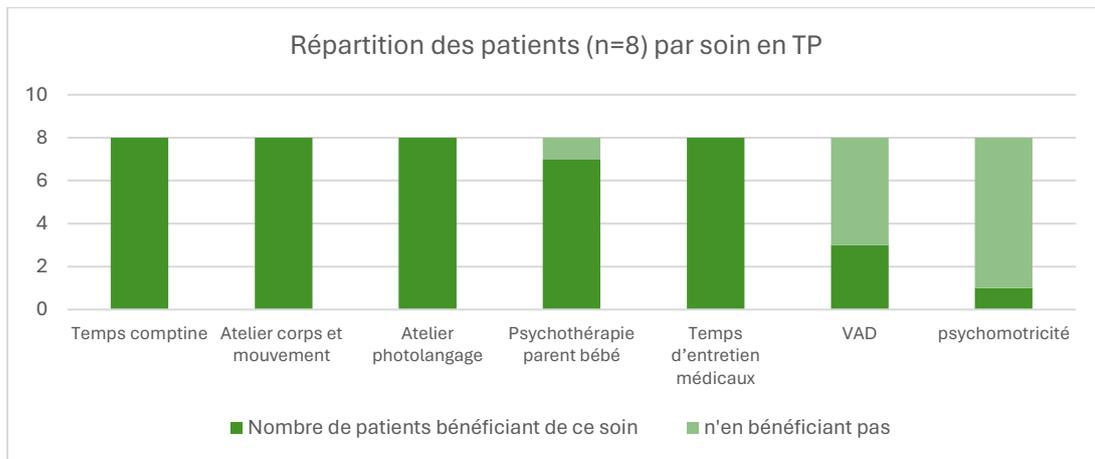


Figure 9 : Répartition des patients par soin en temps plein

Les patients TP participent à tous les soins de groupe proposés (Photolangage, Corps et mouvement). Certains bénéficient de visites à domicile ou d'accompagnement par l'équipe mobile dans un but d'accompagnement vers l'extérieur ou de sortie progressive (permissions au domicile). Toutes les dyades sauf une, bénéficient de psychothérapie parent-bébé. Une dyade bénéficie de temps de psychomotricité.

b. EN HOPITAL DE JOUR

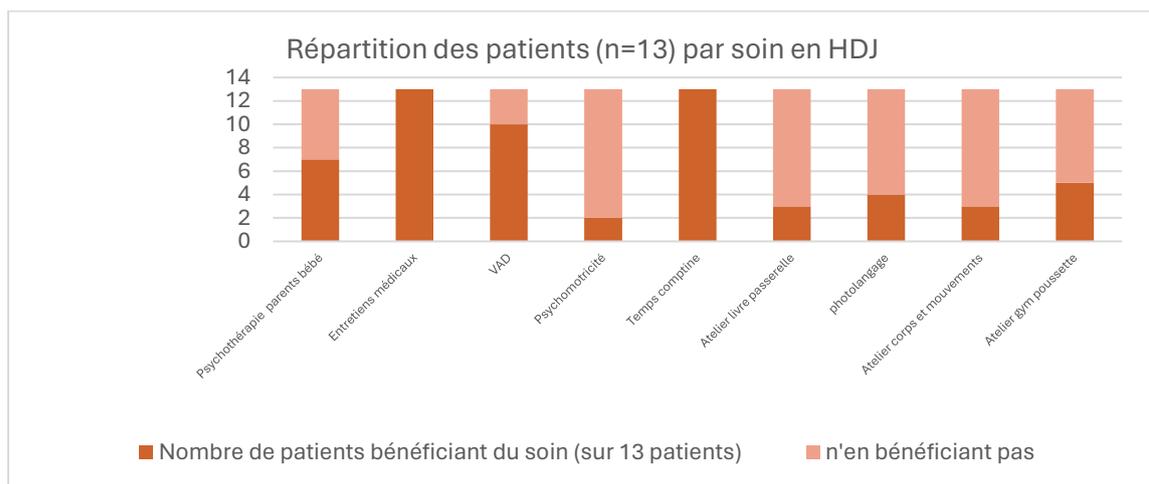


Figure 10 : Nombre de patients participants en fonction de chaque soin proposé en hôpital de jour

Tous les patients bénéficient de temps d'entretiens médicaux et du temps comptine, qui est un temps de groupe ritualisé chaque matin. Les entretiens parents-bébé et les VAD sont les soins le plus souvent proposés.

DISCUSSION

I. LIMITES DE L'ETUDE

Tout d'abord, l'échantillon comporte peu de dyades, ce qui réduit la puissance de l'étude.

Le deuxième parent n'entre pas en considération dans les mesures. Pourtant, 63% sont présents dans les soins en TP et 70% en HDJ. On sait que l'état de santé du conjoint et le lien avec l'enfant ont leur importance sur le développement de celui-ci. La qualité du lien au deuxième parent est un facteur d'atténuation des effets d'une pathologie parentale sur l'enfant.

Les dyades HDJ n'avaient pas terminé les soins au moment du T2 car la fermeture du service a engendré l'arrêt des soins et la fin de l'étude. Peut-être que les mesures de fin d'hospitalisation auraient été différentes.

Concernant le diagnostic de l'enfant, les recommandations actuelles de la filière de psychiatrie périnatale prennent en compte la symptomatologie de l'enfant mais des améliorations en termes de codage semblent nécessaires. Lors de ce travail il a été difficile de dégager un diagnostic principal pour l'enfant qui présente plusieurs symptômes. De ce fait nous avons fait le choix de ne pas différencier le diagnostic principal des diagnostics associés. Pour exemple la plupart des enfants de notre cohorte présentent un trouble anxieux (trouble de l'attachement) et un trouble moteur (hypertonie) et il n'est pas possible de hiérarchiser ces diagnostics.

Concernant le recueil des données sur les antécédents des patients et notamment les événements de vie traumatiques, on suppose que les chiffres sont en réalité sous estimés car toutes les patientes n'ont pas forcément pris conscience ou osé aborder ces éléments lors des entretiens. De même, concernant les antécédents familiaux, ils ne sont pas toujours nommés par les patients. Un questionnaire autour des événements de vie aurait pu enrichir le travail.

Le questionnaire EPDS ne tient pas compte des éléments psychotiques chez le parent et ne donne donc pas une réelle indication de son état psychique car on constate un nombre important de patients souffrant de symptômes psychotiques. A ce sujet, nous aurions pu enrichir les données grâce à une échelle de dépistage des expériences psychotiques du post partum qui a été validée au Liban (14).

Il existe une autre limite concernant les indicateurs : la BIS est en cours de validation.

Dans notre étude, il n'est pas fait référence aux ressentis des parents sur ce que leur a apporté le dispositif, et ce qu'ils ont constaté concernant l'évolution dans le lien avec l'enfant et leur vécu de la parentalité entre l'entrée et la sortie du dispositif.

Pour finir, le recueil de données est lacunaire. En effet, plusieurs données EPDS sont manquantes. Ce recueil a été rendu difficile par les réorganisations successives du service et de références médicales, aussi la délivrance de l'auto-questionnaire n'a pas pu toujours se faire le jour de l'entrée ou de la sortie du patient, ou de la date de fermeture du dispositif.

II. ANALYSE CONCERNANT LA POPULATION

Nous retrouvons dans notre échantillon un taux de primiparité élevé (88% en TP et 84% en HDJ), ce qui est également le cas dans les relevés des UPB en France (67%). Un lien a été retrouvé entre les épisodes post-partum et la primiparité (56). L'entrée dans la parentalité, selon Racamier, est un processus de maturation psychique (57). Il implique des remaniements identitaires très intenses qui pourraient expliquer un plus fort risque de décompensation psychique pour les femmes primipares.

Si l'on compare le temps d'hospitalisation aux autres dispositifs décrits, en TP la durée moyenne rapportée dans les études varie de 5 à 16 semaines (30,38,39) et elle est de 29 semaines en HDJ (40). A HOPE, cette durée (7 semaines en TP et 39 semaines en HDJ) est également beaucoup plus grande en HDJ qu'en TP, et elle le serait probablement encore plus si le service n'avait pas fermé. Les temps d'hospitalisation TP à HOPE sont dans la moyenne basse en comparaison aux autres unités. Cela peut s'expliquer par la facilité d'orientation vers l'HDJ, du fait de l'unité de lieu. Concernant l'HDJ, la durée d'hospitalisation est en moyenne plus longue que celle des autres unités. Cela pourrait s'expliquer par la difficulté de relais pour les patientes et les bébés : peu de moyens en terme de soins conjoints ambulatoires, pénurie médicale en psychiatrie adulte et restriction des moyens dans les PMI. Cette durée de séjour plus longue pourrait aussi s'expliquer par l'absence d'autres dispositifs d'hospitalisation en région Centre Val de Loire, cela implique une prise en charge des situations les plus sévères qui sont priorisées dans les admissions.

La durée de séjour en temps plein montre qu'il s'agit d'un soin qui permet de traiter les situations de décompensations psychiatriques aiguës dont la sévérité nécessite une prise en charge même la nuit. Le repos étant un des facteurs indispensables d'amélioration dans la dépression du post-partum. En quelques semaines, le retour à domicile peut être possible, lorsque les symptômes

chez le parent et le bébé sont moins aigus ; pour autant la poursuite des soins conjoints est nécessaire pour toutes les situations. La sortie du TP est facilitée par la possibilité de la poursuite des soins en HDJ. Dans notre cohorte, les dyades hospitalisées le plus longtemps en temps plein sont celles pour qui nous n'avions pas de dispositif d'aval de niveau 2 à proposer en relais.

La durée d'hospitalisation en HDJ montre la nécessité d'inscrire le soin relationnel dans le temps afin de permettre un rétablissement du/des parents, du bébé et d'observer un effet dans le lien. Ce rétablissement n'est pas linéaire et des rechutes sont fréquentes notamment sur le plan de la symptomatologie maternelle. Le dispositif permet aussi une articulation avec les partenaires, et les soins en HDJ sont souvent associés à des prises en charges ambulatoires, dans des lieux de soin parent-enfant, des suivis psychiatriques individuels en secteur adulte, ou un accompagnement au domicile. Ces accompagnements sont ajustés au cours du suivi en HDJ, selon les besoins de la dyade et conditionnés par les ressources du territoire.

Pour le parent, un suivi médical ou psychologique extérieur à l'unité est souvent nécessaire. C'est notamment le cas lorsque le parent souffre d'une pathologie psychiatrique ou de difficultés anciennes, relationnelles, traumatiques, pour lesquelles il y aura besoin d'un suivi au long cours. Cela implique une articulation avec les services de psychiatrie adulte, notamment pour la gestion du traitement pharmacologique qui on le voit dans notre population, est aussi introduit par des médecins extérieurs. En 2013 une étude s'est intéressée à la question de l'organisation d'un service de psychiatrie périnatale. Elle a retrouvé que le plus souvent, le traitement pharmacologique de la mère est prescrit par un psychiatre adulte n'exerçant pas dans le service (58).

Les parents de notre population souffrent tous de pathologies en lien avec la périnatalité. Dans la littérature, les dépressions sont majoritaires (30,39). C'est également le cas à HOPE, mais nous avons pu repérer pour la plupart de nos patientes (62%) des éléments psychotiques associés à la dépression. Certaines mères présentent des croyances délirantes au sujet de leur enfant, mais de façon atténuée, ou en tout cas moins évidentes à classer comme faisant partie d'un élément psychotique car ils se différencient des symptômes psychotiques classiques (59). La littérature décrit ces expériences psychotiques chez les mères en péri-partum, comme « des éléments sub-cliniques, phénotype non pathologique, mais qui sont liés à un risque accru de troubles psychotiques futurs » (14). Ils ont été repérés comme participant à la détresse des mères et sont donc importants à considérer. Pour donner un exemple, une patiente de la cohorte de temps plein a obtenu un score

EPDS très faible mais présentait un état psychique désorganisé avec des symptômes psychotiques plus prégnants que les éléments thymiques.

Comme dans la littérature, notre population montre une part très importante de parents avec antécédents psychiatriques (88% en HDJ et 100% en TP). Il apparaît donc indispensable que les professionnels de santé de première ligne prennent en compte les antécédents des parents : entretien prénatal précoce, suivi de la grossesse (gynécologue, sage-femme, PMI). Rappelons que parmi les décès maternel par suicide en 2018, 53% avaient des antécédents psychiatriques personnels et familiaux non connus de l'équipe obstétricale (10).

Les troubles de la personnalité et les syndromes de stress post-traumatique constituent les pathologies les plus fréquemment associées aux diagnostics principaux. Ils sont souvent facteurs de risque de décompensation en post-partum et s'ajoutent à d'autres facteurs de risque tels que les situations conjugales conflictuelles ou une situation sociale difficile. Dans ces situations complexes, le travail d'équipe pluridisciplinaire apparaît comme indispensable au bon déroulement des soins. Les temps de réunion et de reprises permettent d'observer ce qui se joue dans les relations avec les soignants qui sont au plus près des patients dans cette période singulière de la maternité. L'élaboration en équipe est importante, et constitue une grande partie du travail, notamment lors des synthèses.

Un nombre non négligeable de patients ont consulté aux urgences pendant la prise en charge ou avant leur admission à HOPE (75% en TP et 46% en HDJ). Ces chiffres mettent en avant la nécessité d'un travail étroit entre les professionnels de psychiatrie périnatale et les professionnels de psychiatrie adulte et révèlent la sévérité des situations. Les patientes étaient parfois en attente d'une place dans le dispositif au moment où elles sont allées consulter aux urgences. Le taux de 46% en HDJ montre que même pour ces patients, les situations sont fragiles et demandent des soins plus intensifs. Pour certains parents, un accueil en hospitalisation conjointe à temps plein n'était pas possible bien qu'indiqué, en raison de la fermeture du dispositif. La séparation qu'entraîne une hospitalisation, entre le parent et l'enfant, peut être un frein à ce qu'ils acceptent des soins pour eux en structure adulte. Le fait que les patients consultent aux urgences avant leur entrée à HOPE montre aussi peut-être un manque de repérage en amont avant que les situations ne s'aggravent.

La part de nos patients rapportant des événements de vie traumatiques est grande (38 et 39%). On retrouve dans la littérature un taux plus élevé d'évènements de vie traumatiques chez les femmes hospitalisées en unité parents-bébé qu'en population générale (39). En France, 39% des femmes

admises dans les unités parent-enfant ont subi au moins un évènement traumatique dans leur enfance (placement, maltraitance, ou abus sexuel) (39). Ces chiffres montrent que la période périnatale est une période à risque de réactiver les traumatismes anciens. On sait que la période périnatale est propice à la mise en place de soins psychiques. On peut citer M.Bydlowski qui a bien décrit le phénomène de transparence psychique chez la femme enceinte : « Fonctionnement psychique maternel particulier, caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la jeune femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles » (60).

Concernant le diagnostic des enfants, la majorité des bébés de notre cohorte (6 en TP et 12 en HDJ) présentent des symptômes de souffrance. L'hospitalisation conjointe peut être proposée sur indication pédiatrique et pas seulement sur indication parentale. On observe un impact réciproque de la symptomatologie parentale et des signes de souffrance du bébé : le trouble psychique parental peut impacter le développement et être corrélé à l'apparition de symptômes chez l'enfant ; réciproquement le tempérament de l'enfant et ses difficultés peuvent majorer la symptomatologie parentale. Par exemple, le reflux gastro œsophagien est souvent évoqué en premier lieu par les parents comme cause de leurs difficultés. C'est la pathologie la plus souvent retrouvée chez les enfants à HOPE (25% en TP et 16% en HDJ). A savoir que les parents d'enfants avec RGO souffrent plus souvent d'anxiété et de dépression que la population générale périnatale (28). Le fait que beaucoup d'enfants de notre échantillon présentent un impact tonico-moteur (mouvements d'hyper extension sans retard de développement) en réaction à des difficultés émotionnelles justifie le besoin de soin pour l'enfant avec son parent, notamment en psychomotricité.

Concernant la situation socio-économique des patientes, les études montrent que les populations accueillies en UPB sont le plus souvent en couple et ont au moins un niveau bac (30,39,40), comme à HOPE.

Dans notre échantillon, le deuxième parent est fréquemment impliqué dans les soins. Il peut être inclus dans les groupes thérapeutiques, lors des consultations de psychomotricité ou parfois lors des entretiens parent-bébé. Cependant lorsque la maman et le bébé sont hospitalisés à temps plein, il ne peut pas être présent la nuit. Son ou sa présence peut être l'occasion d'observer le bébé dans une autre interaction qu'avec le premier parent. On a pu remarquer que les conjoint-es se saisissent souvent des propositions d'entretiens et d'accompagnement aux soins du bébé. Cette présence du conjoint est dans la majorité des cas soutenante pour le parent hospitalisé et le bébé . Mais cette présence du second parent peut parfois être problématique dans les situations de

suspicion de violence ou de conflits de couple importants. La notion d'espace sécurisant du dispositif pour l'enfant et la maman peut être fragilisée lorsque les interactions entre les parents sont source de stress pour la dyade. La question de la place faite au second parent dans ces situations de violence est soulevée en équipe régulièrement.

Le taux de césarienne est supérieur à HOPE (48,4% en HDJ et 50% en TP) par rapport à celui de la population générale (21,4%) (8). Plus de deux tiers des patientes en TP ont un vécu traumatique de l'accouchement, et un tiers en HDJ. Mais ce vécu n'est pas forcément corrélé à l'expérience d'une césarienne. En 2021, environ dix pour cent des femmes en population générale déclarent garder un mauvais -voire très mauvais- souvenir de l'accouchement. Donc la population HOPE présente une surreprésentation d'un vécu traumatique de l'accouchement par rapport à la population générale, surtout en temps plein. Une étude, menée en 2014, incluant plus de 3000 femmes en Angleterre a observé que les femmes ayant subi un traumatisme périnéal à l'accouchement étaient plus susceptibles de présenter des symptômes physiques et, par voie de conséquence, plus susceptibles de présenter des symptômes psychiques (61). Nous avons constaté dans le discours des patientes, surtout dès les premiers entretiens d'accueil, que le déroulement de l'accouchement et la relation avec les équipes de la maternité est déterminante. Le vécu des parents est à différencier des éléments du déroulé obstétrical. Du vécu subjectif des parents découle leur état émotionnel lors de la rencontre avec l'enfant. Ce vécu subjectif parental a été mis en lien avec les réactions de l'enfant lors de ses premiers instants de vie (62).

Dans une revue systématique s'intéressant aux facteurs influençant l'interaction dyadique, il est fait référence à deux études montrant une association négative significative entre les symptômes dépressifs prénataux et la synchronisation dyadique (63). L'étude de la relation entre les réactions du nouveau-né à la naissance et le stress prénatal rapporté par la mère a démontré une relation significative entre ce stress subi pendant la grossesse et les réactions passives du nouveau-né (immobilisation, bradycardie..) (64). De même, un lien est suspecté entre le taux élevé de cortisol pendant la grossesse et le fait que le nouveau-né soit plus réactif aux stimuli aversifs de la naissance (62). Dans notre étude, un taux majoritaire de femmes rapporte des symptômes pendant la grossesse, à la fois en TP (75%) et en HDJ (54%). Ces chiffres mettent l'accent sur l'importance de la prévention de première ligne pendant la grossesse et sur l'enjeu de santé publique que représente la formation et la sensibilisation de l'ensemble des professionnels médico-sociaux au dépistage précoce des troubles psychiques périnataux dès la grossesse. Il s'avère également important

d'anticiper les possibles décompensations péri-partum par des consultations « anté-conceptionnelles » pour accompagner en amont les parents présentant des troubles psychiques.

L'âge moyen des bébés décrit dans les unités oscille entre 1 et 3 mois en TP (30,38,39) et 14 mois en HDJ (40). A Hope, il est équivalent en TP mais bien plus faible en HDJ avec une moyenne de 4 mois. Cela montre peut-être l'efficacité du repérage des dyades en difficulté au niveau du territoire. Au moment de l'étude, un poste de psychologue partagé entre la maternité et HOPE a permis le lien étroit entre les deux structures pour certaines situations. Un autre facteur d'explication serait la continuité de prise en charge entre le temps plein et l'HDJ permis par le dispositif. D'une façon plus globale, l'hospitalisation conjointe s'inscrit dans une filière de psychiatrie périnatale graduée allant de l'anténatal au postnatal.

En TP, nous constatons que le service de la maternité représente un tiers des structures ayant adressé nos patients à HOPE. Plusieurs études mentionnent l'intérêt de recueillir les antécédents psychiatriques des parents au moment du passage à la maternité et de ne pas banaliser les difficultés parentales pendant leur séjour. Cela montre l'intérêt de la présence de professionnels de psychiatrie périnatale dans les maternités.

En HDJ, une grande partie des dyades provient du TP (31%), mais aussi du secteur libéral (23%), ce qui montre l'importance de former les professionnels libéraux (médecins généralistes, pédiatres, sage-femmes) afin qu'ils puissent orienter les patients le plus précocement possible.

Le travail de coordination avec les professionnels de santé et du secteur médico-social permet d'affiner les orientations. Il est indispensable que les unités de soins conjoints se rendent disponibles pour répondre au plus vite aux demandes d'avis et d'admission, pour échanger avec les professionnels afin d'apporter un regard d'expertise même sur des situations qui ne relèveront pas d'une hospitalisation conjointe. Ce travail d'amont permet d'améliorer le repérage, de fluidifier la coordination pluri-partenaire de proximité autour des bébés et leurs parents. Le HOPE assurait cette mission d'expertise au niveau régional voire extrarégional.

III. ANALYSE DES EFFETS DU DISPOSITIF

Le dispositif a un effet positif sur l'interaction dyadique, avec des mesures BIS qui s'améliorent significativement entre le début et la fin des soins dans la population accueillie à HOPE ($p=0,001$). Aussi, les mesures EPDS diminuent de façon significative ($p=0,003$), montrant pour le parent le bénéfice de son entrée dans le dispositif. Les mesures de l'ADBB diminuent significativement en

moyenne ($P=0,027$) et montrent que le dispositif a un effet positif sur le retrait relationnel de l'enfant.

A l'échelle de la dyade, l'effet de l'hospitalisation à HOPE peut être positif pour un seul paramètre mesuré sur les trois. Les annexes 8 et 9 montrent l'évolution des mesures pour chaque dyade.

Les résultats de l'ADBB montre que quatre enfants sur treize sont en retrait relationnel en T2 en HDJ. L'un de ces enfants souffrait de strabisme pouvant altérer l'interaction. Aussi, deux enfants n'avaient pas terminé les soins.

En temps plein, la moyenne de l'ADBB à la sortie reste supérieure à la valeur seuil de cinq. Ces chiffres montrent que le temps plein permet de soigner la phase aigüe mais n'est pas suffisante et implique une poursuite de la prise en charge. Pour compléter ces chiffres, nous constatons que la moitié des bébés présentent des symptômes moteurs (hypertonie, hyperextension). Ces chiffres montrent les besoins forts en psychomotricité. On peut se questionner sur le fait que seulement deux enfants ont bénéficié de soins en psychomotricité.

Trois parents hospitalisés en HDJ sur treize ont un score EPDS aggravé. Ces parents ont eu davantage de difficultés à respecter les traitements pharmacologiques indiqués. De plus, ces mères ont toutes évoqué des symptômes pendant la grossesse. Pour les six patients dont l'EPDS s'est maintenu égal ou supérieur à douze, les soins n'étaient pas terminés.

Concernant les scores BIS, ils restent élevés dans les deux modes d'hospitalisation mais il faut prendre en compte que huit dyades sur treize en HDJ n'avaient pas terminé les soins au moment du recueil T2.

Il est intéressant de constater que toutes les dyades ayant bénéficié de psychothérapie parent-bébé ont leurs mesures ADBB, EPDS et BIS améliorées. On peut émettre l'hypothèse que l'efficacité du dispositif repose vraiment sur une articulation des outils de soins : groupaux, individuels, dyadiques. Cette articulation est rendue possible par le dispositif d'hospitalisation et montre sa force thérapeutique dans les situations les plus sévères.

Les dyades sont accueillies si cela est indiqué en HDJ après le TP. L'annexe 10 montre les mesures des dyades accueillies en TP puis en HDJ. Les dyades résidant à plus d'une heure de route sont orientées vers les structures ambulatoires de leur secteur, en raison de l'absence d'hôpital de jour dans les départements limitrophes. De même, à la sortie de l'HDJ, les soins se poursuivent, dans des modalités différentes, selon les besoins de la dyade. De ce fait, les orientations sont multiples,

et peuvent s'additionner. Par exemple, une dyade peut bénéficier d'un accueil au SAJJEEP (service d'accueil de jour du jeune enfant et de son parent), ainsi que de visites de l'équipe mobile. Cette orientation est aussi pensée de manière à ce que les soins conjoints se poursuivent, à côté d'une prise en charge individuelle pour le parent (psychologique ou psychiatrique). Cela nécessite donc l'existence d'unités de soin proches du lieu de vie de la dyade, pouvant accueillir des bébés mais aussi des enfants plus âgés. La coordination autour des parents et du bébé est indispensable, et comprend un temps de synthèse organisé avant la sortie, incluant tous les professionnels ayant rencontré la dyade et vers lesquels la dyade sera adressée ensuite.

CONCLUSION

Dans notre échantillon de 21 dyades accueillies en temps plein et en hôpital de jour en unité parent-enfant, les soins ont eu un effet favorable sur la qualité de l'interaction entre le parent et l'enfant, les capacités relationnelles de l'enfant, et l'humeur du parent.

Nous faisons l'hypothèse que le travail en équipe pluridisciplinaire et l'organisation du dispositif intégrant un accueil temps plein, un accueil de jour et une équipe mobile ont permis les résultats positifs pour notre échantillon de patients. Toutes les dyades ont bénéficié de soins conjoints, de soins individuels pour le parent, et de soins en groupe. On suppose que les effets du dispositif reposent sur ce principe de complémentarité des soins. Mais que ces effets sont rendus possibles parce que le dispositif s'inscrit lui-même dans une filière de soin graduée et coordonnée en psychiatrie périnatale.

Nous pouvons retenir de ce travail deux éléments essentiels : d'une part, nos observations sur la sévérité des troubles en psychiatrie périnatale et d'autre part, le bénéfice des soins qui semblent particulièrement efficaces à cette période spécifique de la vie. Ces deux conclusions nous amènent à soutenir l'importance de développer des structures innovantes en psychiatrie périnatale surtout lorsqu'elles s'inscrivent dans un réseau médico-social cohérent. Cette dimension des soins est indispensable à prendre en compte en termes de santé publique tant les effets préventifs sur l'équilibre psychique parental et sur le devenir du bébé sont forts.

BIBLIOGRAPHIE

1. Swain JE, Ho SHS. Neuroendocrine mechanisms for parental sensitivity: overview, recent advances and future directions. *Curr Opin Psychol*. 1 juin 2017;15:105-10.
2. Cárdenas EF, Kujawa A, Humphreys KL. Neurobiological changes during the peripartum period: implications for health and behavior. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 23 déc 2019;15(10):1097-110.
3. Pawluski JL, Swain JE, Lonstein JS. Chapter 5 - Neurobiology of peripartum mental illness. In: Swaab DF, Buijs RM, Kreier F, Lucassen PJ, Salehi A, éditeurs. *Handbook of Clinical Neurology* [Internet]. Elsevier; 2021
4. Paternina-Die M, Martínez-García M, Martín de Blas D, Noguero I, Servin-Barthet C, Pretus C, et al. Women's neuroplasticity during gestation, childbirth and postpartum. *Nat Neurosci*. 2024;27(2):319-27.
5. Pritschet L, Taylor CM, Cossio D, Santander T, Grotzinger H, Faskowitz J, et al. Neuroanatomical changes observed over the course of a human pregnancy. *BioRxiv Prepr Serv Biol*. 15 déc 2023;2023.12.14.571688.
6. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 1 avr 2019;22(2):289-99.
7. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du postpartum. Revue et synthèse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2007;36(6):549-61.
8. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet].
9. Guillard V, Gressier F. Suicidalité en période périnatale. *Presse Médicale*. 1 juin 2017;46(6, Part 1):565-71.
10. Vacheron MN, Tessier V, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. [Maternal mortality due to by suicide and other psychiatric causes in France 2016-2018] - PubMed [Internet].
11. Chevauché M, Corfdir C. Les pères, patients en unité mère-bébé ? Une approche systémique en réflexion. *L'Encéphale* [Internet]. 10 mars 2023
12. Wong O, Nguyen T, Thomas N, Thomson-Salo F, Handrinou D, Judd F. Perinatal mental health: Fathers – the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pac Psychiatry*. 2016;8(4):247-55.
13. Sutter-Dallay AL. 20. Dépressions périnatales, troubles bipolaires. In: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* [Internet]. Paris: Dunod; 2017
14. Fekih-Romdhane F, El Hadathy D, González-Nuevo C, Malaeb D, Barakat H, Hallit S. Development and preliminary validation of the Postpartum Psychotic Experiences Scale (PPES). *Psychiatry Res*. 1 nov 2023;329:115543.

15. Tebeka S, Gauld C, Belzeaux R, Peyre H, Dubertret C. Major depressive episode and postpartum depression: A network analysis comparison on the IGEDEPP cohort. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr.* 18 mai 2023;66(1):e51.
16. Jack SM, Duku E, Whitty H, Van Lieshout RJ, Niccols A, Georgiades K, et al. Young mothers' use of and experiences with mental health care services in Ontario, Canada: a qualitative descriptive study. *BMC Womens Health.* 7 juin 2022;22(1):214.
17. Nishizawa O, Sakumoto K, Hiramatsu KI, Kondo T. Effectiveness of comprehensive supports for schizophrenic women during pregnancy and puerperium: preliminary study. *Psychiatry Clin Neurosci.* déc 2007;61(6):665-71.
18. Huffhines L, Coe JL, Busuito A, Seifer R, Parade SH. Understanding links between maternal perinatal posttraumatic stress symptoms and infant socioemotional and physical health. *Infant Ment Health J.* mai 2022;43(3):474-92.
19. Lahtela H, Nolvi S, Flykt M, Kataja EL, Eskola E, Peltto J, et al. Mother–infant interaction and maternal postnatal psychological distress are associated with negative emotional reactivity among infants and toddlers— A FinnBrain Birth Cohort study. *Infant Behav Dev.* 1 août 2023;72:101843.
20. Ramos C, Pereira AF, Feher A, Baptista J. How does sensitivity influence early executive function? A critical review on hot and cool processes. *Infant Behav Dev.* 1 nov 2023;73:101895.
21. Garthus-Niegel S, Ayers S, Martini J, von Soest T, Eberhard-Gran M. The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: a population-based, 2-year follow-up study. *Psychol Med.* janv 2017;47(1):161-70.
22. Pellowski JA, Wedderburn CJ, Groenewold NA, Roos A, Subramoney S, Hoffman N, et al. Maternal perinatal depression and child brain structure at 2-3 years in a South African birth cohort study. *Transl Psychiatry.* 20 mars 2023;13(1):96.
23. Pearson RM, Melotti R, Heron J, Joinson C, Stein A, Ramchandani PG, et al. Disruption to the development of maternal responsiveness? The impact of prenatal depression on mother-infant interactions. *Infant Behav Dev.* déc 2012;35(4):613-26.
24. Tharner A, Luijk MPCM, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Maternal lifetime history of depression and depressive symptoms in the prenatal and early postnatal period do not predict infant-mother attachment quality in a large, population-based Dutch cohort study. *Attach Hum Dev.* janv 2012;14(1):63-81.
25. Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, et al. Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet Lond Engl.* 15 nov 2014;384(9956):1800-19.
26. Stein A, Craske MG, Lehtonen A, Harvey A, Savage-McGlynn E, Davies B, et al. Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol.* nov 2012;121(4):795-809.
27. Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* sept 2009;48(9):919-27.

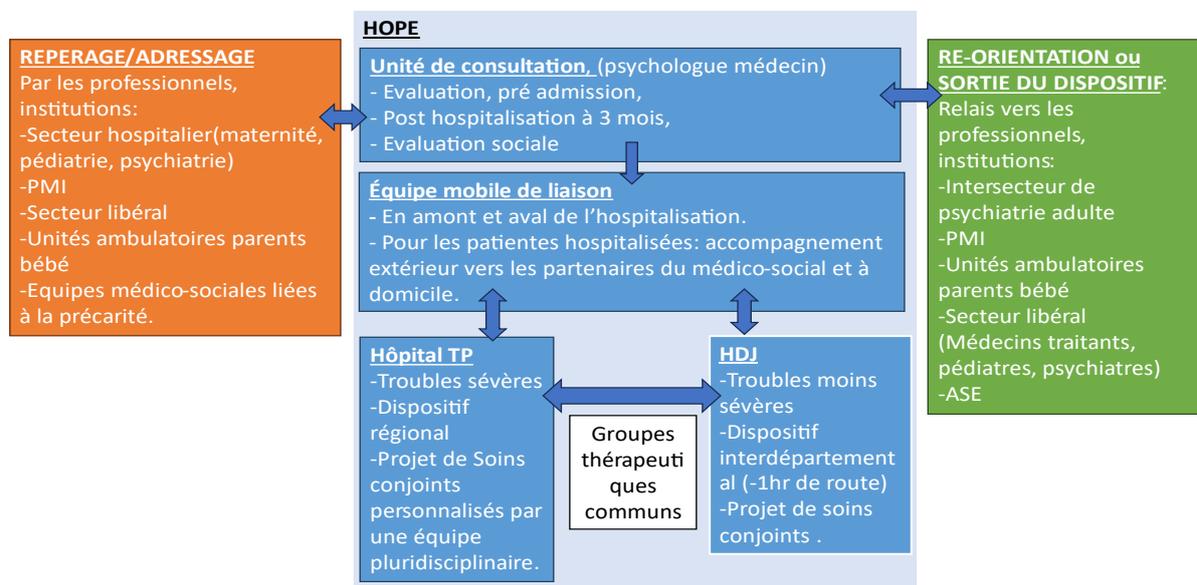
28. Aizlewood EG, Jones FW, Whatmough RM. Paediatric gastroesophageal reflux disease and parental mental health: Prevalence and predictors. *Clin Child Psychol Psychiatry*. juill 2023;28(3):1024-37.
29. Forman DR, O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Larsen KE, Coy KC. Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother-child relationship. *Dev Psychopathol*. 2007;19(2):585-602.
30. Stephenson LA, Macdonald AJD, Seneviratne G, Waites F, Pawlby S. Mother and Baby Units matter: improved outcomes for both. *BJPsych Open*. 19 avr 2018;4(3):119-25.
31. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. nov 2007;191:378-86.
32. Tissot H, Frascarolo-Moutinot F, Despland JN, Favez N. Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant : revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *Psychiatr Enfant*. 2011;54(2):611-37.
33. Hakanen H, Flykt M, Sinervä E, Nolvi S, Kataja EL, Pelto J, et al. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *J Affect Disord*. 1 oct 2019;257:83-90.
34. Alba Roca-Lecumberri I. Treating postpartum affective and/or anxiety disorders in a mother-baby day hospital: preliminary results.
35. Howard M, Battle CL, Pearlstein T, Rosene-Montella K. A psychiatric mother-baby day hospital for pregnant and postpartum women. *Arch Womens Ment Health*. 1 juill 2006;9(4):213-8.
36. Sutter-Dallay AL, Rainelli C, Nezelof S, Dugnat M. 7. Quels dispositifs de soins en périnatalité ? In: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales [Internet]*. Paris: Dunod; 2017
37. Unités mère-enfant [Internet]. MARCE FRANCOPHONE.
38. Glangeaud-Freudenthal NMC, The MBU-SMF Working Group. Mother-Baby psychiatric units (MBUs): National data collection in France and in Belgium (1999–2000). *Arch Women's Ment Health*. 1 févr 2004;7(1):59-64.
39. Glangeaud-Freudenthal NMC. Les hospitalisations mère-enfant à plein temps. *J Psychol*. 2008;261(8):36-40.
40. Moureau A, Cordemans L, Gregoire C, Benoît P, Delvenne V. A 5 years' experience of a parent-baby day unit: impact on baby's development. *Front Psychiatry*. 15 juin 2023;14:1121894.
41. Martin T, Dayan J, Dutordoit A. Les unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie, état des lieux en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 sept 2003;161(7):504-9.
42. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313-27.

43. Vacheron MN, Tessier V, Rossignol M, Deneux-Tharoux C, Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. [Maternal deaths due to suicide in France 2013-2015]. *Gynecol Obstet Fertil Senol.* janv 2021;49(1):38-46.
44. Dugnat M. Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : une réponse adaptée, un dispositif à déployer. 2013.
45. Moran E, Noonan M, Mohamad MM, O'Reilly P. Women's experiences of specialist perinatal mental health services: a qualitative evidence synthesis. *Arch Womens Ment Health.* 2023;26(4):453-71.
46. Lemoigne S, Bouvard M, Sutter-Dallay AL. [Early mother-infant care, definition and effectiveness: A review of the literature]. *L'Encephale.* oct 2021;47(5):470-83.
47. Connellan K, Bartholomaeus C, Due C, Riggs DW. A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Arch Womens Ment Health.* 1 juin 2017;20(3):373-88.
48. Howard LM, Trevillion K, Potts L, Heslin M, Pickles A, Byford S, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of psychiatric mother and baby units: quasi-experimental study. *Br J Psychiatry.* oct 2022;221(4):628-36.
49. Sutter-Dallay AL. Les 1000 premiers jours du développement des êtres humains comme priorité de l'action publique en France. *Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie.* 1 févr 2021;49(2):93-4.
50. Boulaire C, Fidry E, Loncle C, Métais C, Saby A. « Lire aux bébés » et soins en périnatalité : une expérience innovante en unité parents-bébé. *Spirale.* 2022;103(3):144-51.
51. Bronny F, Chatagnat M, Perrier-Genas M. Psychomotricité : une indication pour le tout-petit et sa famille en périnatalité. *Spirale.* 2019;92(4):95-100.
52. Id H. Le lien mère-bébé dans une unité de psychiatrie périnatale: Le rôle du psychomotricien auprès de cette dyade.
53. Guedeney A. Le comportement de retrait relationnel du jeune enfant. Du concept à l'outil de dépistage. Résultats et perspectives de recherche. 2016.
54. Guédeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). *Psychiatr Enfant.* 2001;44(1):211-31.
55. beaupuy matthieu. Création d'une échelle d'évaluation des interactions précoces parent enfant Baby Interaction Scale (BIS) Etude pilote. Tours; 2020.
56. Di Florio A, Jones L, Forty L, Gordon-Smith K, Blackmore ER, Heron J, et al. Mood disorders and parity - a clue to the aetiology of the postpartum trigger. *J Affect Disord.* janv 2014;152-154(100):334-9.
57. Racamier PC, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. In: *Maternités [Internet].* Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2019
58. Sutter-Dallay AL. Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *J Psychol.* 2008;261(8):22-5.

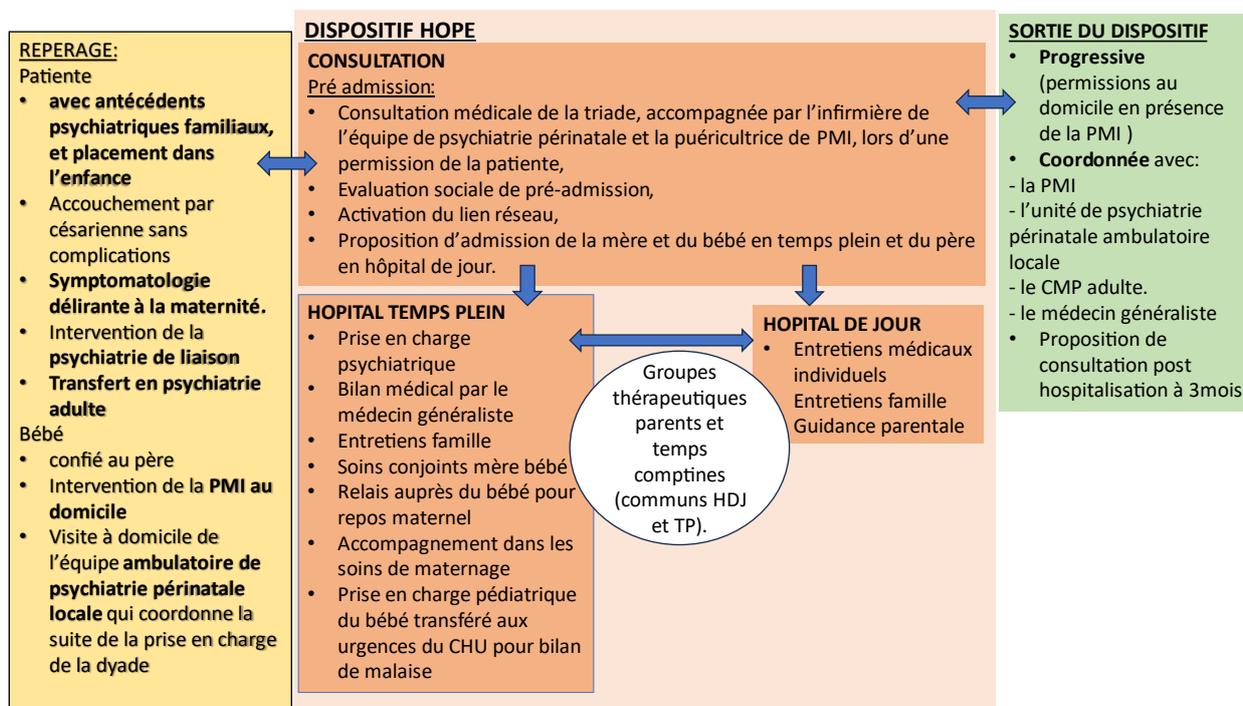
59. Mannion A, Slade P. Psychotic-like experiences in pregnant and postpartum women without a history of psychosis. *Schizophr Res.* 1 déc 2014;160(1):118-23.
60. Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY.* 2001;63(3):30-3.
61. Opondo C, Harrison S, Sanders J, Quigley MA, Alderdice F. The relationship between perineal trauma and postpartum psychological outcomes: a secondary analysis of a population-based survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 6 sept 2023;23:639.
62. Rousseau PV. Chapitre 6. Naissance, trauma et résilience. In: *Le GRAND livre des 1000 premiers jours de vie* [Internet]. Paris: Dunod; 2021
63. Golds L, Gillespie-Smith K, Nimbley E, MacBeth A. What factors influence dyadic synchrony? A systematic review of the literature on predictors of mother-infant dyadic processes of shared behavior and affect. *Infant Ment Health J.* sept 2022;43(5):808-30.
64. Rousseau PV, Francotte J, Fabbricatore M, Frischen C, Duchateau D, Perin M, et al. Immobility reaction at birth in newborn infant. *Infant Behav Dev.* août 2014;37(3):380-6.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FILIERE DE PSYCHIATRIE PERINATALE REGIONALE HOPE ET EXEMPLE DE PARCOURS PATIENT



Filière psychiatrique périnatale régionale (HOPE, 2021-2023)



Exemple d'un parcours de soin d'une triade admise en temps plein à HOPE

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EPDS

Vous venez d'avoir un bébé.
Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en entourant le chiffre correspondant à la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine

(C'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER

(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- 0 Aussi souvent que d'habitude
- 1 Pas tout à fait autant
- 2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- 3 Absolument pas

(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- 0 Autant que d'habitude
- 1 Plutôt moins que d'habitude
- 2 Vraiment moins que d'habitude
- 3 Pratiquement pas

(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif

- 0 Non, pas du tout
- 1 Presque jamais
- 2 Oui, parfois
- 3 Oui, très souvent

(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison

- 3 Oui, vraiment souvent
- 2 Oui, parfois
- 1 Non, pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, parfois
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Pas très souvent
- 0 Non, pas du tout

(9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- 3 Oui, la plupart du temps
- 2 Oui, très souvent
- 1 Seulement de temps en temps
- 0 Non, jamais

(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- 3 Oui, très souvent
- 2 Parfois
- 1 Presque jamais
- 0 Jamais

ANNEXE 3 : ALARME DETRESSE BEBE (ADBB)

A. Guedeney, 2012©

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal de retrait**
- 1 : Comportement discrètement anormal**
- 2 : Comportement nettement anormal**
- 3 : Comportement très nettement anormal**
- 4 : Comportement massivement anormal**

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc..), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. En cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle, on applique la gradation ci-dessus. **En cas de doute, on applique la valeur la plus basse.**

1 EXPRESSION DU VISAGE. Diminution de l'expressivité du visage :

- 0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1 : Visage mobile, expressif, mais sans changement fréquents d'expression.
- 2 : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3 : Visage immobile.
- 4 : Visage figé, froid, absent

2 CONTACT VISUEL. Diminution du contact visuel :

- 0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1 : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4 : Evitement total du contact visuel

3 ACTIVITE CORPORELLE. : Diminution de la mobilité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4 GESTES D'AUTO-STIMULATION. L'enfant se centre son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), d'une manière automatique, sans plaisir, et de façon apparaissant détachée du reste de son activité' :

- 0 : Absence d'autostimulation, l'activité d'auto exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.
- 1 : Autostimulation fugitive.
- 2 : Autostimulation peu fréquente mais nette.
- 3 : Autostimulation fréquente.
- 4 : Autostimulation constante.

5 VOCALISATIONS. Diminution des vocalisations, qu'elles traduisent le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, plutôt gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.

1 : Vocalisations spontanées positives brèves.

2 : Vocalisation spontanées rares, seulement négatives.

3 : Geignement en réponse à une stimulation.

4 : Aucune vocalisation, même en cas de réponse nociceptive.

6 VIVACITE DE LA REACTION A LA STIMULATION. Diminution de la vivacité de la réaction à la stimulation, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'ampleur de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de la réponse ; **l'absence de réaction ne permet pas de coter :**

0 : Réaction adaptée, vive et rapide.

1 : Réaction légèrement retardée.

2 : Réaction nettement retardée.

3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.

4 : Réaction très retardée

7 RELATION. Diminution de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations :

0 : La relation rapidement et nettement établie reste soutenue (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).

1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée ou soutenue qu'en 0.

2 : Relation peu marquée, positive ou négative, peu soutenue.

3 : Relation à peine marquée.

4 : Absence de relation identifiable à l'autre

8 - ATTRACTIVITE. Effort d'attention nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, et sentiment de plaisir ou d'inquiétude que procure le contact avec l'enfant, **et le sentiment subjectif de durée de l'examen :**

0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives, sans aucun effort tout au long de l'examen, et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.

1 : Pas d'inquiétude, mais sentiment d'attraction moins marqué et soutenu.

2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder durablement son attention centrée sur lui.

3 : Sentiment de malaise, d'être maintenu à distance, inquiétude nette.

4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte, très préoccupant.

Nom/N° :

Age : Examineur

Total :

ANNEXE 4 : BIS BABY INTERACTION SCALE

Annexe 12 : Grille Baby Interaction Scale

NOM DE L'ENFANT :
AGE DE L'ENFANT :

DATE :
COTATEUR :

Enfant

Attention portée au parent : *Regard dirigé vers le parent dans une intention d'échange.*

Qualité d'expression de l'enfant : *Capacités de l'enfant à exprimer clairement ses émotions (positives et négatives) par la mimique, la gestuelle et la voix.*

Ajustement corporel : *Capacités d'ajustement tonique, postural et moteur de l'enfant, pour être disposé ou non à l'échange.*

Engagement relationnel : *Initiatives et relances de l'échange de la part de l'enfant, au maximum retrait de la relation.*

Qualité d'éveil et d'attention : *Capacité de l'enfant à se maintenir dans un état stable d'éveil et d'attention dans l'interaction.*

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |

Parent

Sensibilité aux signaux du bébé : *Perception et capacité de réponse aux signaux manifestés par l'enfant.*

Ajustement relationnel : *Capacité du parent à être dans la bonne distance relationnelle. Cotation a 4 pour une situation de retrait ou d'intrusivité sévère.*

Regard du parent : *Regard adressé à l'enfant dans une intention d'échange, témoignant d'une attention de qualité.*

Expression émotionnelle : *Capacités du parent à exprimer clairement ses émotions (positives et négatives) par la mimique, la gestuelle et la voix.*

Engagement tonique et postural : *Capacité d'ajustement tonique et postural du parent pour permettre l'interaction.*

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |

Dyade

Attention conjointe : *Attention partagée de la part du parent et de l'enfant, mouvement d'aller-retour excluant le jeu côte à côte.*

Réciprocité dyadique, tour de rôle : *Intervention dans l'interaction en synchronie avec les signaux envoyés par l'autre. Danse interactive.*

Tonalité affective de l'échange : *De l'engagement affectif positif, à l'engagement affectif négatif, qu'il soit pauvre ou riche.*

Qualité expressive du dialogue : *Qualité de l'échange en prenant en compte les modalités corporelles, visuelles et vocales de l'interaction.*

Ajustement postural réciproque : *Disposition posturale du parent et de l'enfant dans l'espace permettant l'échange réciproque et le dialogue tonique ajusté.*

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |
| C | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |

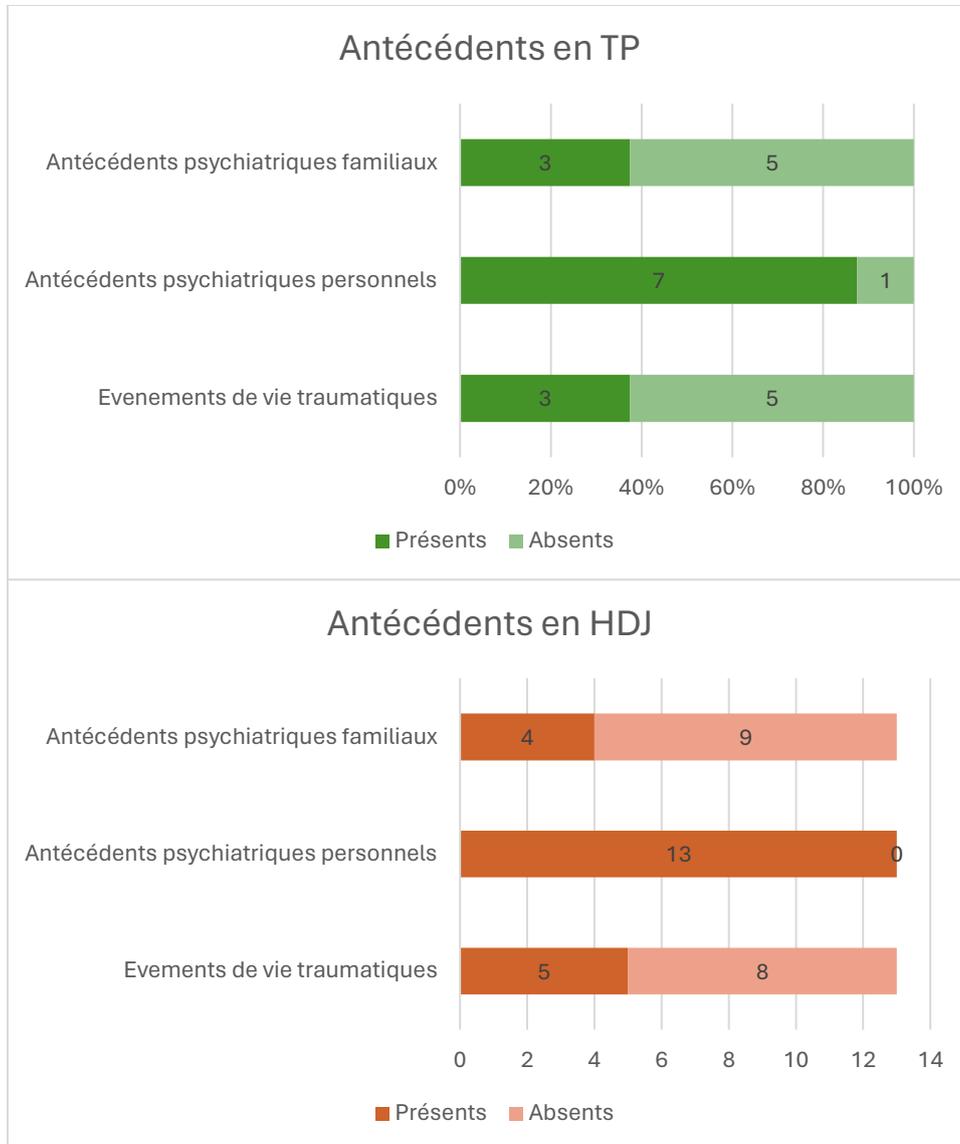
Evaluation subjective de la dyade.

Etat subjectif induit par l'observation de la séquence interactive dyadique :

Etat subjectif de l'évaluateur après l'observation de la dyade et indication de prise en charge nécessaire.

| | | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|---|
| 0 | | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| | | | | | | | | |

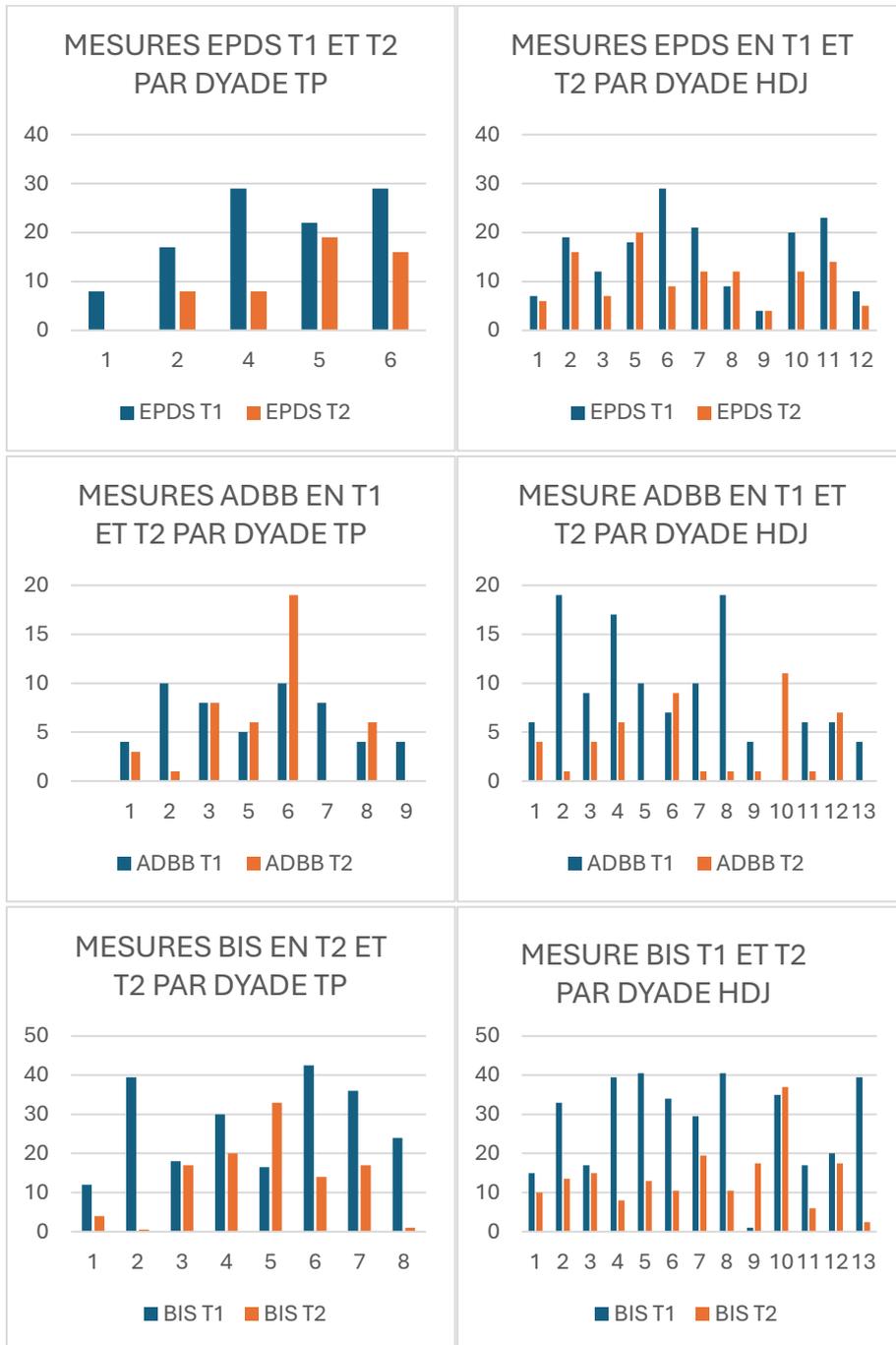
ANNEXE 5 : REPARTITION DES ANTECEDENTS DANS LA POPULATION



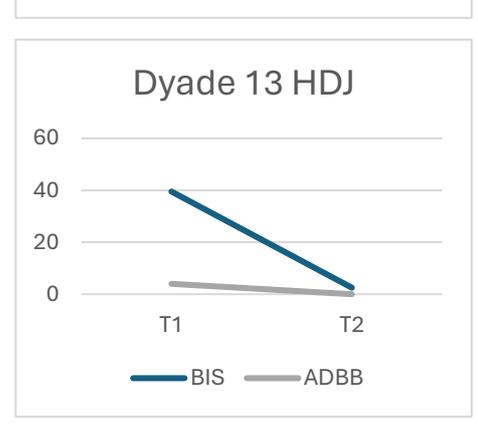
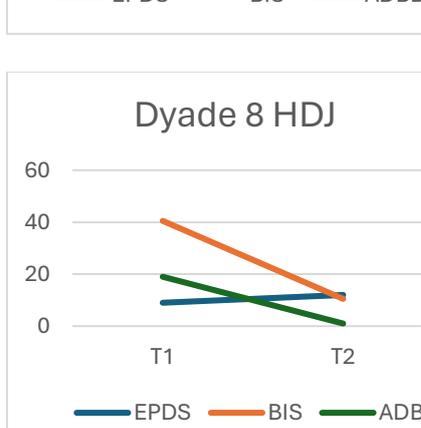
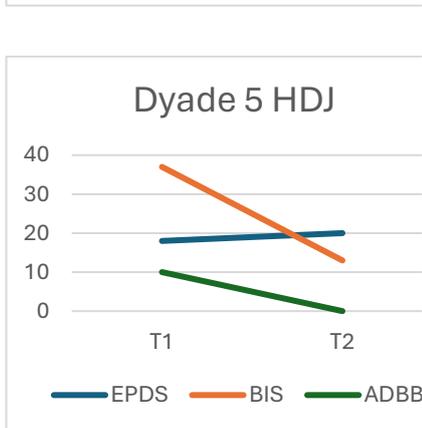
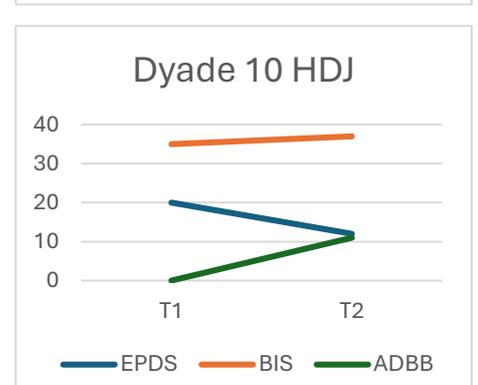
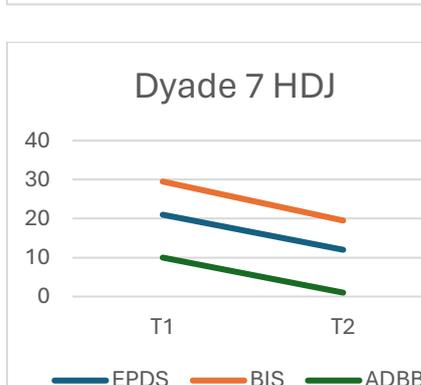
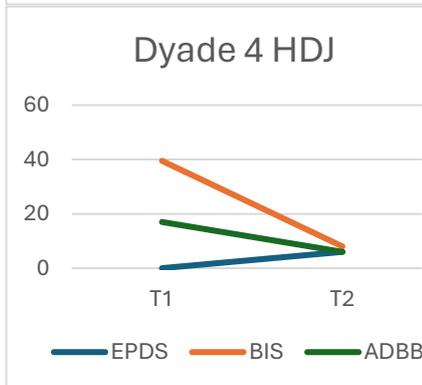
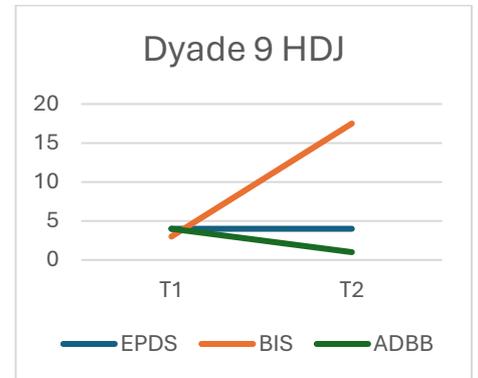
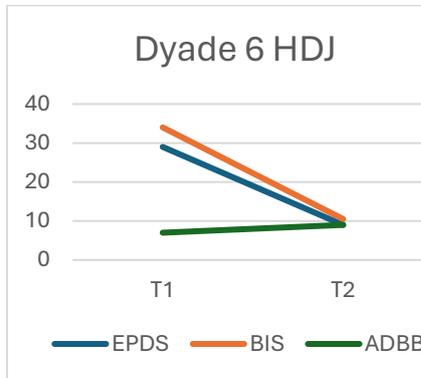
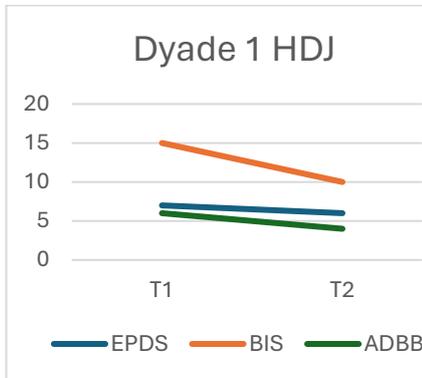
ANNEXE 6 : MESURES DES TROIS INDICATEURS POUR CHAQUE DYADE EN HDJ ET TP CONFONDUS

| | BIS T1 | BIS T2 | EPDS T1 | EPDS T2 | ADBB T1 | ADBB T2 |
|-------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 12 | 4 | 8 | 0 | 4 | 3 |
| | 39,5 | 0,5 | 17 | 8 | 10 | 1 |
| | 18 | 17 | / | 12 | 8 | 8 |
| | 30 | 20 | 29 | 8 | 5 | 6 |
| | 16,5 | 33 | 22 | 19 | 10 | 19 |
| | 42,5 | 14 | 29 | 16 | 8 | 0 |
| | 36 | 17 | / | 23 | 4 | 6 |
| | 24 | 1 | / | 10 | 4 | 0 |
| | 15 | 10 | 7 | 6 | 6 | 4 |
| | 33 | 13,5 | 19 | 16 | 19 | 1 |
| | 17 | 15 | 12 | 7 | 9 | 4 |
| | 39,5 | 8 | / | 6 | 17 | 6 |
| | 40,5 | 13 | 18 | 20 | 10 | 0 |
| | 34 | 10,5 | 29 | 9 | 7 | 9 |
| | 29,5 | 19,5 | 21 | 12 | 10 | 1 |
| | 40,5 | 10,5 | 9 | 12 | 19 | 1 |
| | 1 | 17,5 | 4 | 4 | 4 | 1 |
| | 35 | 37 | 20 | 12 | 0 | 11 |
| | 17 | 6 | 23 | 14 | 6 | 1 |
| | 20 | 17,5 | 8 | 5 | 6 | 7 |
| | 39,5 | 2,5 | / | / | 4 | 0 |
| <i>Moyenne</i> | 27,6 | 13,7 | 17,1 | 10,5 | 8 | 4,2 |
| <i>Ecart type</i> | 11,8 | 9,3 | 8,3 | 5,7 | 5 | 4,8 |

ANNEXE 7 : REPRESENTATION DES MESURES EN T1 ET T2 PAR DYADE EN HDJ ET TP



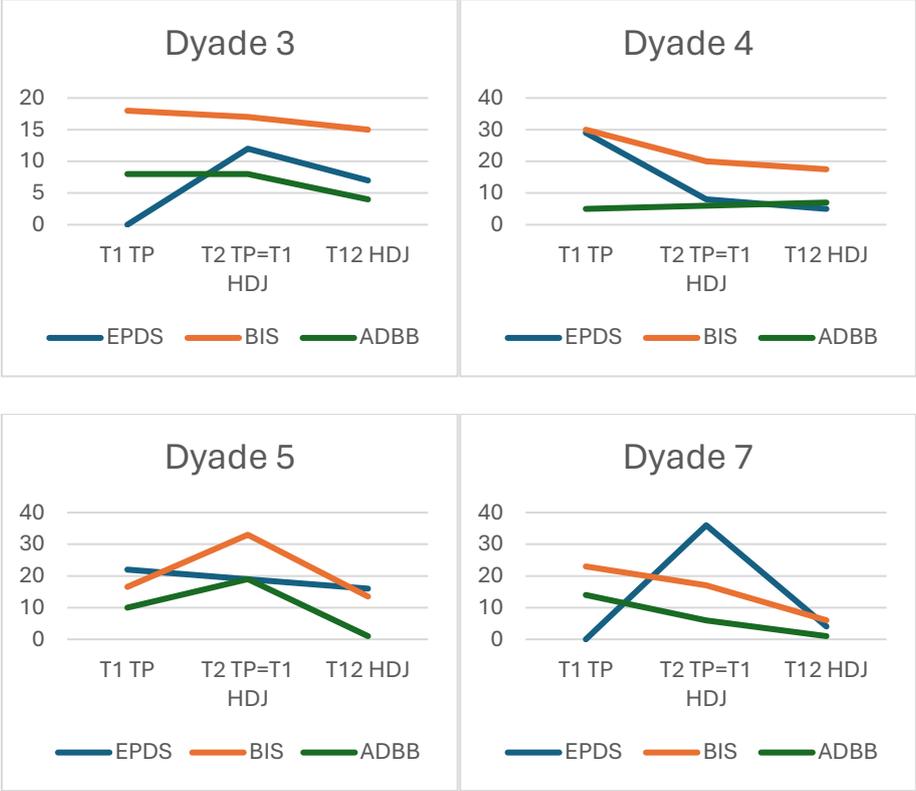
ANNEXE 8 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE ACCUEILLE EN HDJ



ANNEXE 9 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE AYANT BENEFICIE DU TP



ANNEXE 10 : EVOLUTION DES MESURES DE CHAQUE DYADE AYANT BENEFICE DU TP PUIS DE L'HDJ



Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'C. L...' with a stylized flourish at the end.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

SALMON Elisabeth

67 pages – 12 tableaux – 4 graphiques

Résumé :

Les études montrent combien la périnatalité est une période sensible concernant l'état psychique du parent, la mise en place des premiers liens, et le développement du bébé. Cette thèse présente un dispositif d'hospitalisation en soins conjoints gradués en psychiatrie périnatale de niveau 2 (hôpital de jour) et de niveau 3 (hôpital temps plein) : HOPE, situé à Amboise (région Centre Val de Loire).

Cette étude a pour objectif de décrire ce dispositif, les soins qui y sont proposés, la population de patients accueillis, ainsi que l'évolution de leurs troubles. Nous faisons l'hypothèse que ce dispositif a un effet positif sur l'interaction dyadique, le retrait relationnel de l'enfant, et l'humeur du parent.

L'évolution de 21 dyades, accueillies en temps plein ou hôpital de jour, a été étudiée au début (T1) et à la fin (T2) d'une période de soin, à l'aide de trois indicateurs : ADBB (échelle de dépistage du retrait relationnel pour l'enfant), EPDS (échelle de dépistage de la dépression post partum chez le parent), et BIS (échelle d'évaluation de l'interaction dyadique parent-enfant).

Nous concluons à partir de ces données, à une amélioration significative de l'interaction entre le parent et l'enfant, de l'humeur parentale, et des compétences relationnelles de l'enfant, pour ces dyades accueillies à HOPE.

Mots clés : Périnatalité, psychiatrie périnatale, hospitalisation conjointe parents-bébé, interactions parents-bébé, retrait relationnel, dépression post-partum.

Jury :

Président du Jury : Professeur Wissam EL-HAGE

Directeur de thèse : Docteur Clémence COUTURIER

Membres du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
Docteur Mathilde WINANT
Docteur Thomas HER

Date de soutenance : 21 mai 2024