

Équipes mobiles de soins conjoints parents-bébé en psychiatrie périnatale

Michel Dugnat¹
Laure Le Treut²
Dominique Brengard³
Dalila Idir-Val⁴
Daphné Goirand⁵
Jokhtan Guivarch⁵
François Poinso⁶

¹ Praticien hospitalier,
Service universitaire
de pédopsychiatrie
du Pr François Poinso,
Hôpitaux Sud de l'Assistance
publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM)
CHU Sainte-Marguerite,
270 bd de Sainte-Marguerite,
13009 Marseille, France

² Praticien hospitalier,
Centre hospitalier Valvert,
78 bd des Libérateurs,
13011 Marseille

³ Pédopsychiatre émérite des hôpitaux
Ancien médecin chef,
professeur honoraire
de l'École des Psychologues praticiens
Psychothérapeute

⁴ Psychologue,
Hôpitaux Sud de l'AP-HM
CHU Sainte-Marguerite, Marseille

⁵ Praticien hospitalier,
Hôpitaux Sud de l'AP-HM
CHU Sainte-Marguerite, Marseille

⁶ Chef de service universitaire
de psychiatrie infanto-juvénile,
professeur à la faculté de médecine
de Marseille
Hôpitaux Sud de l'AP-HM
CHU Sainte-Marguerite, Marseille

Résumé. La psychiatrie périnatale est clairement définie dans le code de la santé publique par des soins conjoints (parents-bébé) et porte sur les interactions parents-bébé, le développement du bébé, la santé psychique des parents. Les équipes mobiles de soins conjoints, dont les premières datent des années 1990, ont été développées modestement grâce à l'appel à projet de psychiatrie périnatale de 2021 et ceux de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis 2019.

Les deux unités mobiles ici présentées ont été créées dans ce cadre.

La création d'une option tardive pour les internes de psychiatrie, l'apparition d'un acte spécifique aux soins conjoints dans « EDGAR », le contexte de la politique des « 1000 premiers jours » permettent d'espérer un nouvel élan pour ces soins conjoints en France. On pourrait parler d'un investissement à long terme pour l'avenir du pays.

Mots-clés : équipe mobile, psychiatrie périnatale, nourrisson, interaction précoce, psychothérapie parent-enfant

Abstract. Mobile teams for joint parent-baby care in perinatal psychiatry. Perinatal psychiatry is clearly defined in the Public Health Code as joint parent-baby care and focuses on parent-baby interactions, the baby's development, and the parents' psychological health. The mobile joint care teams (parents-baby), the first of which date back to the 1980s, have developed modestly thanks to the call for projects in perinatal psychiatry in 2021 and those in child and adolescent psychiatry since 2019.

Two mobile units have been created within this framework.

The creation of a late option for psychiatry interns, the appearance of a specific act for joint care in EDGAR, and the context of the "first 1,000 days" policy allow us to hope for a new impetus for joint care in France and a long-standing investment in the country's future.

Keywords: mobile team, perinatal psychiatry, infant, early interaction, parent-child psychotherapy

Resumen. Equipos móviles para la atención conjunta de padres de familia y bebés en psiquiatría perinatal. La psiquiatría perinatal está claramente definida en el Código de Salud Pública francés como la atención conjunta padres-bébé, y se centra en las interacciones padres-bébé, el desarrollo del bebé y la salud psíquica de los padres. Los equipos móviles de atención conjunta (padres-bébé), los primeros de los cuales datan de los años 1980, se han desarrollado modestamente gracias a la convocatoria de proyectos de psiquiatría perinatal en 2021 y los de psiquiatría infantil y adolescente desde 2019.

En este marco se han creado dos unidades móviles.

La creación de una opción tardía para los internos de psiquiatría, la aparición de una acta específica para la atención conjunta en EDGAR, y el contexto de la política de los "1.000 primeros días" permiten esperar un nuevo impulso para esta atención conjunta en Francia y una inversión a largo plazo en el futuro del país.

Palabras claves: equipo móvil, psiquiatría perinatal, lactante, interacción precoz, psicoterapia padres-hijo

Présenter les équipes mobiles dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales nécessitera de présenter ces dernières : en effet, elles émergent récemment comme un domaine original et complexe à

part entière. Deux témoignages d'équipes mobiles de création récente permettront ensuite d'illustrer la pertinence de la mobilité en matière de périnatalité.

Le vocable du « tournant vers l'ambulatorio », cette évolution des attentes des pouvoirs publics en direction de l'augmentation des soins prodigués à l'extérieur de l'hôpital, masque mal, malheureusement, en santé mentale et psychiatrie périnatales, l'ambiguïté de certains termes. Rappelons que l'hospitalisation de

Correspondance : M. Dugnat
<michel.dugnat@ap-hm.fr>

jour est un soin ambulatoire, comme la consultation en centre médicopsychologique et le travail en mobilité.

Si les deux premiers sont clairement définis, le terme « équipe mobile » ou plutôt le travail en mobilité pâtit encore d'une absence, confusogène, de définition. On peut considérer deux types de confusions : d'une part un certain nombre de centres médicopsychologiques dits de l'enfant et de l'adolescent prenant en charge des enfants de 0 à 36 mois considèrent qu'ils pratiquent la santé mentale et la psychiatrie périnatales, ce qui n'est pas le cas des auteurs de cet article.

D'autre part, les unités de soins conjoints pratiquant des interventions ponctuelles à domicile confondent cette activité avec le soin en mobilité au sens plein tel que défini plus bas [1].

Il est actuellement nécessaire de lever ces confusions.

Concernant la psychiatrie périnatale, qui ne doit pas être étendue à la période 0-36 mois, sa définition dans le code de la santé est, depuis 2022 (décret n° 2022-1263 du 28-09-2022) la suivante (article R. 6123-197 du code de la santé publique), « *le titulaire de l'autorisation de la mention "psychiatrie périnatale" organise les soins conjoints parents-bébé. Ces soins conjoints portent notamment sur l'évaluation de la santé des parents, les interactions parents-bébé, et le développement du bébé. Ils intègrent la période ante conceptionnelle et la période prénatale* ».

C'est cette définition par les soins conjoints (parents-bébé) [2] qui doit désormais prévaloir. Elle pose de nombreuses questions sur les outils institutionnels et psychothérapeutiques à mettre en place et doit nous amener à revendiquer la complexité de ce soin qui comprend le soin de l'interaction et ne se limite ni à d'éventuelles distorsions du développement, ni à la bonne prescription des traitements psychotropes pour la mère en période de grossesse et d'allaitement.

De précieux éléments permettent d'espérer actuellement, enfin, [3] une convergence féconde : entre cette définition des santé mentale et psychiatrie périnatales ; l'option tardive de psychiatrie périnatale dans le cadre de la formation prolongée d'un an des internes de spécialité ; et surtout l'obtention d'un acte supplémentaire (nommé GP) pour les soins conjoints dans la grille Edgar.

D'un néologisme possible : « pspérinatalité »

Nous proposons de désigner par ce terme l'ensemble des notions [4, 5] situées entre les racines psy, péri et natalité, leurs diverses acceptions « en poupée russe » et leurs relations, sans qu'aucune des acceptions et des relations entre les acceptions ne prévale. Et donc, que « pspérinatalité » recouvre, dans la période déterminée (qui reste un objet de débat) :

– la dimension tant intrapsychique que développementale, et cela pour la mère, le père ou l'autre parent et

le bébé, que ce soit un fœtus – « bébé de l'intérieur » – ou un bébé né (ou mort-né, ou avorté) ;

– la dimension systémique de la triade considérée comme un ensemble en croissance de façon interpsychique ;

– les aspects thérapeutiques (individuel, familial, groupal...) de ces deux dimensions ;

– les acteurs professionnels individuels qui œuvrent dans le domaine ;

– les acteurs institutionnels qui (dés)orientent les actions des professionnels [6] ;

– les politiques publiques qui interagissent avec les institutions [7] ;

– plus largement, l'environnement au sens le plus large du terme en ce qu'il influe sur les précédents.

En résumé, le terme « pspérinatalité » peut ainsi provisoirement et de façon simplifiée être défini comme l'ensemble : des processus psychiques et développementaux activés chez les parents et les bébés dans la période périnatale, avec pour les devenant-parents l'enjeu du début de l'expérience vécue (subjective et intersubjective) de la parentalité [8] ; des professionnels attentifs à ces processus, donc, à la fois les professionnels du soin somatique (souvent désignés par l'appellation « professionnels de première ligne » par les « psychistes ») et les professionnels du soin psychique (souvent désignés par l'appellation « professionnels de seconde ligne » du point de vue des soignants du corps, mais qui, dans les soins psychiques, sont eux-mêmes en première ligne) ; plus largement, des institutions qui concourent à la santé psychique périnatale qui est une dimension de la santé globale périnatale [6] – soit des trois en même temps. La pspérinatalité appelle de longue date une politique cohérente [5, 7].

Si on souhaite être cohérent avec la logique dite des « 1000 premiers jours » [9, 10] et la promesse d'une génération d'adultes en meilleure santé [11], plusieurs avancées sont donc désormais nécessaires :

– l'écriture d'un référentiel universitaire de la psychiatrie périnatale,

– une large diffusion de la recommandation de la Haute Autorité de santé inscrite dans le plan pluriannuel de santé mentale et de psychiatrie de l'HAS 2018-2023,

– la prise en charge par les dispositifs spécifiques régionaux de périnatalité de la dimension psychique et psychopathologique de la période périnatale,

– la remise en place d'une étude de cohorte dépassant les limites de celles du groupe Inserm-société Marcé francophone-groupe des unités mère-bébé des années 2000,

– et surtout la peu probable pérennisation de la ligne de 10 millions d'euros dédiés à la psychiatrie périnatale dans la loi de financement de la sécurité sociale 2022, qui accordait 20 millions d'euros à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 10 millions d'euros à la psychiatrie périnatale.

Certes, le caractère dérisoire de ces deux sommes ne répondait en rien aux besoins de redressement

des services de santé psychique publique et privée en France, de soins psychiques de l'enfant c'est-à-dire : bébé, enfant, adolescent.

Mais cette ligne dédiée à la psychiatrie périnatale faisait entrer le bébé à la même hauteur que l'adolescent dans la psychiatrie de l'enfant...

Gageons que le prochain réveil de l'Alliance francophone en santé mentale périnatale en une Alliance française pour la santé mentale permettra à l'ensemble des métiers du soin concernés d'influer dans ce sens.

La complexité de la clinique en psypérinatalité nécessite, pour être saisie, d'être illustrée par des cas concrets. C'est pourquoi nous présenterons ici deux unités mobiles récemment créées en nous appuyant sur de brèves vignettes cliniques seules à même de décrire la finesse des questions posées par les soins conjoints (parents-bébé) en psychiatrie périnatale.

Une récente équipe mobile, centre hospitalier Valvert, Marseille

Une unité mobile de psypérinatalité a vu le jour en novembre 2020 au centre hospitalier Valvert. Elle couvre les 10^e, 11^e et 12^e arrondissements de Marseille, les cantons d'Aubagne, La Ciotat, Allauch et Plan de Cuques. Ses missions sont le soin conjoint de la relation parents/enfant, l'aller-auprès, le travail d'articulation et de réseau entre différents acteurs de santé mentale autour des (futurs) parents et des bébés, de la conception aux 2 ans du bébé.

L'équipe se déploie sur un mi-temps médical, un temps de psychologue, un temps de psychomotricienne, une infirmière puéricultrice et un mi-temps de secrétariat.

L'équipe ne constitue pas un dispositif « autosuffisant », elle est pensée dans la nécessité de s'articuler sur l'existant, avec les autres structures du réseau de soins personnalisé.

Le travail autour des secteurs et l'inscription institutionnelle : un ancrage indispensable

Un partage collégial solide et historique avec les équipes de psychiatrie de l'adulte et de pédopsychiatrie a constitué d'emblée une « matrice de soutien » [12].

Au départ, des consultations ambulatoires au sein du centre hospitalier Valvert sont proposées : il s'agit de soins conjoints dans des locaux adaptés, avec du matériel adapté (consultations familiales, individuelles, préconceptionnelles).

La proximité avec les lieux d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie de l'adulte permet des rencontres parent-bébé pendant l'hospitalisation d'un parent et l'accompagnement de la famille autour de la décompensation psychiatrique et des remaniements

intrapyschiques et interrelationnels dans le post-partum. Les équipes de secteurs nous interpellent volontiers.

La venue de certaines familles, dans ce lieu particulier, « l'hôpital psychiatrique », ouvre à des questionnements sur des représentations : qu'est-ce que la souffrance psychique ? La maladie psychique ? Qu'est-ce que nous avons à voir avec ces individus croisés dans le parc de l'hôpital ?

Mme D, première patiente de l'unité, est adressée suite à une décompensation délirante survenue alors que sa fille Camille est âgée de 5 mois. Elle présente une symptomatologie floride, alliant des idées interprétatives, une confusion des générations, ainsi qu'un entremêlement de vécus traumatiques de l'enfance qui se réactualisent dans la relation à la petite Camille.

Alors que l'alliance thérapeutique peine à se mettre en place en hospitalisation, elle investit spontanément le cadre des soins conjoints : « c'est normal que je rencontre un pédopsychiatre puisque mon problème se situe dans l'enfance ».

Après un an de suivi et une stabilisation relative, Mme D nous dit qu'elle comprend bien « que cette équipe a été créée pour éviter les hospitalisations des mamans fragiles ». Peut-être pensait-elle que ce séjour aurait pu être évité si nous nous étions rencontrés avant ?

Par la suite, Mme a bénéficié d'un suivi psychiatrique de secteur avec plusieurs autres hospitalisations au cours desquelles elle se positionne comme partie prenante des soins. Elle continue de nous appeler pour donner des nouvelles de sa fille et de l'évolution de leur relation.

Les secteurs de psychiatrie de l'adulte sont à l'origine de nos premières rencontres « préconceptionnelles ». La grossesse, le désir d'enfant sont des moments où les (futurs) parents sont souvent demandeurs d'aide et de conseils, comme le suggère en creux la vignette ci-dessus. Cette « possible » anticipation semble cruciale pour engager des suivis à plus ou moins long terme.

Les liens étroits avec les équipes des intersecteurs de pédopsychiatrie nous offrent l'opportunité de proposer ce cadre institutionnel au plus près des familles : des locaux (bureaux) sont dédiés dans les CMP enfants pour des consultations au plus proche des populations, à Aubagne et La Ciotat.

Mobilité physique ou mobilité psychique ?

Les interventions se basent sur des liens étroits avec les professionnels des services de PMI, des maternités, de pédiatrie, et les professions libérales. Nous formulons une proposition de rencontre rapide et possible sur le lieu de la demande, parfois conjointement avec le porteur de la demande.

Les rencontres permettent la présentation du dispositif et la mise en place d'une alliance avec les familles et les professionnels du réseau.

Un travail autour de la demande est nécessaire : l'équipe peut être un maillon utile à une population vulnérable qui ne demande pas spécifiquement d'aide alors qu'elle paraît en avoir besoin selon les professionnels de première ligne.

Mme B, maman de Viviane 6 mois vit en France depuis 2 ans, elle est originaire de l'île Maurice et a vécu un déracinement motivé par des raisons économiques. Elle présente une symptomatologie anxieuse et dépressive mais ne parvient pas à venir aux rendez-vous proposés, annule au dernier moment, ou appelle sur l'horaire du rendez-vous. Mme craint que la pluie et le vent rendent Viviane malade, ainsi toute météo défavorable rend la sortie du domicile impossible. Malgré l'absence de rencontres régulières, Mme semble nous prêter une fonction de repère rassurant avec une proximité étonnante : elle appelle lorsque l'angoisse la déborde, puis pour nous donner des nouvelles, et enfin nous invite à la fête familiale organisée pour le baptême de Viviane...

Peu à peu, la co-construction d'un cadre de soin au domicile nous permet d'installer une certaine continuité dans la relation et une forme de confiance. Nous aurons accès au récit de son histoire personnelle et familiale, aux différentes traditions et représentations culturelles qui fondent ses repères. Petit à petit nous accompagnons Viviane et sa maman sur des sorties au parc, puis un lieu d'accueil parent-enfant (LAEP).

Notre cadre de travail doit s'adapter aux familles en situation de vulnérabilité et proposer des modalités de réponses thérapeutiques qui soient utilisables par elles. Les familles possèdent des savoirs et des compétences à soutenir [13]. Il nous faut faire preuve de flexibilité, adapter le cadre à ce que peut supporter la famille, avancer à petits pas pour construire l'alliance. L'abord à domicile apparaît alors comme une stratégie de prévention et de soins particulièrement intéressante.

La construction progressive de l'équipe et l'élaboration du « soin conjoint » passe par la création d'une culture commune, et nous pousse à échanger et confronter nos représentations et référentiels théoriques : psychanalyse, théorie de l'attachement, théorie cognitive. La pratique de l'« art des ponts » [14] se met en marche, ce qui implique de développer la mobilité des représentations [21].

Certaines rencontres nous questionnent : référentiels culturels différents, nouvelles formes de parentalité, redéfinition de la filiation (adoption, don de gamète...). La confrontation à ces différences oblige le clinicien à interroger ses idéaux singuliers comme ses idéaux culturels et à relativiser ses certitudes. Un décentrage s'impose : cette posture permet d'interroger les implicites partagés en équipe, de reconnaître les malentendus, d'analyser les contre-transferts « culturels » ou « institutionnels ».

La mobilité du cadre de référence, tant physique que psychique, nous permet une ouverture à l'altérité, à la

créativité, mais surtout à la singularité enrichissante et enseignante de ces rencontres.

Daniel Stern a souligné l'importance de choisir la modalité thérapeutique en fonction de la meilleure porte d'entrée dans le système familial, et non en fonction de la seule appartenance théorique des thérapeutes. Un parallèle pourrait être fait autour du travail partenarial entre individus issus de diverses institutions.

L'équipe mobile de psypérinatalité de Valvert poursuit son développement et adapte sa pratique à la diversité des contextes socio-géo-démographiques participant à la mise en œuvre d'un soin prévenant [15] et sur mesure pour chaque famille [16].

Cheminement de la création d'une unité de soins conjoints mobile à l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille

« Faire avec les moyens du bord », et tout de même élargir l'offre de soin en psypérinatalité

Nous aimerions faire part ici de notre cheminement pour la création d'une unité mobile dans l'équipe de « psypérinatalité », s'appuyant sur des travaux déjà anciens [18] et sur l'expérience d'équipes mobiles pionnières [14].

Ces dernières années, des dispositifs de soins en mobilité ont fleuri de toute part. Ils témoignent d'une créativité et d'une flexibilité institutionnelle qui nous semblent plus que nécessaires dans le contexte actuel de déliquescence de la psychiatrie de service public.

Notre unité mobile basée au CHU Sainte-Marguerite dessert les 4, 5, 6, 7, 8 et 9^{es} arrondissements de Marseille, c'est-à-dire des quartiers en cours de paupérisation (les bâtiments du centre-ville sont parfois bien vétustes), ainsi que les quartiers sud proches du littoral, bien plus aisés au niveau socio-économique.

Cette unité est plus que petite, avec seulement un poste de pédopsychiatre en psychiatrie périnatale et un poste de psychologue. Dans une période d'austérité, nous sommes arrivés dans le modeste élan d'ouverture et d'attribution de moyens dédiés à la psychiatrie périnatale (définie dans le cadre de l'instruction des 1000 premiers jours du 1^{er} avril 2021) et commençons d'exister depuis l'automne 2022, difficultés de recrutement obligent...

Pouvons-nous dire de quoi nous manquons avant que de dire comment nous faisons avec le manque ?

Nous avons déposé en 2021 un projet plus complet afin de bénéficier du regard et de l'approche d'une psychomotricienne qui accompagne ce corps-à-corps particulier de la mère et du bébé et encourage cette tonicité et cette motricité que nous sentons bien souvent souffrante chez nombre de nos petits patients, nous aurions aimé être soutenus par le dynamisme d'une

infirmière formée aux interactions précoces, être relayés par une secrétaire habile dans l'activation vivante du travail en réseau personnalisé avec chacun des acteurs de nos partenaires institutionnels périnataux. Mais l'appel à projet pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de 2022 ne nous a pas été favorable ! Nous préparons la suite pour l'année à venir...

Nous ne doutons pas qu'un jour ces bonnes fées apparaîtront et pour le moment nous nous appuyons sur nos « pères » fondateurs.

Notre unité mobile est donc née de la volonté de deux d'entre nous, engagés de longue date dans le combat pour le développement des soins conjoints aux bébés, aux parents et futurs parents. Nous avons beaucoup œuvré et depuis longtemps, pour que se développent et s'élaborent au niveau départemental, régional et national, des réseaux, des formations, des congrès, des avancées d'une politique de santé dédiée à la psypérinatalité.

On peut tout d'abord dire que l'unité mobile autorise de nouvelles perspectives, réactive les questionnements, bouscule un peu les habitudes et les « présupposés de base » [17] du groupe soignant préexistant d'un service de pédopsychiatrie qui fonctionne depuis déjà longtemps en psypérinatalité (hôpital de semaine, HDJ de soins conjoints). Car ce que la mobilité introduit, au-delà d'un mouvement physique, c'est un mouvement psychique, comme l'écrivent ci-dessus nos collègues de Valvert, un « aller-auprès » le monde-environnement qui entoure le bébé.

Alors, nous avons été volontaires et nous nous sommes lancés, nous appuyant sur nos expériences antérieures de praticiens en psypérinatalité, et surtout de cliniciens de terrain.

Mobilité et articulation avec l'unité d'hospitalisation

L'un des intérêts de notre unité mobile est cette articulation possible avec l'unité d'hospitalisation de semaine (unité parents-enfant créée en 1986), qui permet l'hospitalisation de nuit et de jour durant la semaine. Elle accueille des pères et hospitalise mères et bébés en hospitalisation conjointe.

Ces hospitalisations sont souvent séquentielles, une ou quelques nuits par semaine, pour une durée plus ou moins longue. L'ambiance (au sens du psychiatre et psychanalyste français Jean Oury, dans ce travail simple et délicat autour du quotidien, dans la manière d'être là avec, de construire un entour) fait penser à une bulle, un espace/temps de repos pour les mamans, en contraste avec le chaos existentiel qui bien souvent les épuise auprès de leur bébé.

Mais voilà... l'UPE est petite elle aussi, 2 lits-dyade d'hospitalisation, auxquels s'ajoutent en journée 2 places-dyade d'hospitalisation de jour. Certaines familles ayant besoin d'y séjourner de longs mois pour parvenir à se co-(re)construire dans des places respectives avec quelque sérénité.

Pour accéder à l'unité d'hospitalisation, il faut donc parfois du temps, trop de temps, car certaines admissions ne deviennent possibles que quand des signes de souffrance sont déjà marqués chez la mère ou le bébé et surtout dans les interactions.

L'unité mobile, malgré la modestie de ses moyens, rend déjà possible un temps d'intervention pré- et post-hospitalier qui permettra une intervention précoce plus efficace et déjà les articulations s'organisent plus rapidement. *Nous imaginons par exemple une nuit d'hospitalisation dès la sortie de maternité, dans un post-partum immédiat pour Mme S., une maman qui craint la décompensation, après avoir été exposée à des stress graves et cumulés durant la grossesse.*

Tout se passe comme si la mobilité par intervention au domicile au sens large autorisait une réactivité plus proche de la temporalité spécifique à la naissance.

Le post-hospitalier permet par ailleurs de travailler la (re)socialisation : accompagner la séparation de l'entrée à la crèche, reprendre des rythmes avec l'arrêt du congé maternité et la reprise du travail, mettre en place la continuité d'un travail psychique pour les parents et le bébé dans des modalités ambulatoires sans mobilité... Revenir à une vie plus ordinaire est par exemple *l'objectif de la maman de T., si anxieuse après un diagnostic anténatal annonçant de graves déficits, dont la petite fille de 9 mois est pourtant bien portante, pétillante et prête à explorer le monde, quand sa maman craint encore qu'une catastrophe survienne.*

La problématique qui se dessine ainsi dans des mouvements dedans/dehors se pose bien souvent durant nos réunions de synthèse des deux unités de l'équipe de périnatalité. Nous nous demandons quels sont les enjeux et les indications de cette modalité du soin en mobilité, quels changements elle apporte dans la manière que nous avons d'approcher les familles, de « tisser des liens » ?

Les mécanismes de défense, facteurs de protection, ne sont jamais très loin, surtout dans ces moments sensibles de la période périnatale. Ils existent aussi, rappelons-le, du côté de tous les soignants, du côté des équipes, dans les échanges avec le réseau informel également. Nous veillons à ce que les représentations d'un dispositif thérapeutique « hors les murs » n'attaquent pas le cadre plus institutionnel du fonctionnement de l'hospitalisation conjointe, à ne pas intruser, à ne pas effracter les enveloppes créées par l'unité d'hospitalisation. Pour ce faire, les synthèses associant les « mobiles » et les « hospitalières » permettent de travailler les éventuelles discontinuités entre le « dedans » et le « dehors ».

Une forme de mobilité particulière : la poussettothérapie

Nous constatons à quel point le domicile représente un lieu de repli par rapport aux anxiétés de ces femmes mais aussi un lieu d'enfermement. L'appartement dans lequel nous sommes accueillis est parfois à l'image

d'un chamboulement interne généré par l'arrivée du bébé : les séjours sont envahis par les objets de puériculture, les vêtements, le parc, la chaise haute, le linge qui sèche dans un coin... Dans nombre de cas, les mères se sentent isolées, abandonnées, débordées par la charge domestique... Ce vécu de solitude, de déréliction est trop souvent banalisé sous l'étiquette : dépression post-partum. Mais il y a lieu de ne pas banaliser ce diagnostic qui cache trop facilement des comorbidités et des situations désespérées [19].

« C'est la première fois que vous ne me voyez pas en pyjama ! » nous dit une maman que nous accompagnons pour une consultation externe chez un pédiatre. La maman de Livio ne veut pas sortir, et n'est plus sortie depuis 8 mois, à part pour se rendre à l'hôpital pour accompagner les séjours répétés de Livio en pédiatrie. Celui-ci a besoin d'oxygène depuis sa naissance, et son premier hiver apporte son lot d'infections virales. Alors il faut vivre confiné, parce que l'extérieur est dangereux, potentiellement mortifère.

Ce rapport phobique à l'externe, d'autres nous en parlent et l'on retrouve de vieilles croyances de grands-mères : « il ne faut pas sortir les bébés quand ils sont petits, quand il y a du vent ou qu'il fait froid et aussi quand il commence à faire nuit, sinon ils attrapent froid ! » « il fait vraiment trop froid !!! » dit la maman de Léa qui n'ose plus bouger de chez elle. Elle aussi a accompagné de nombreux séjours de Léa en pédiatrie et ressent une très forte culpabilité à l'idée qu'elle pourrait exposer son enfant et la mettre en péril.

La maman de Mina vient d'une île de l'océan Indien, en France depuis quelques années, elle ne connaît personne et ne fait qu'attendre son mari toute la journée, seule avec son bébé et sa rumination mentale. Elle ne peut sortir qu'avec lui, ne peut s'orienter qu'avec celui-ci, se sent dépendante, comme quand elle était petite fille, n'est plus confiante en elle-même et en ses capacités, mais l'a-t-elle déjà été ? Le sera-t-elle un jour ?

Un beau jour, nous choisissons de faire profiter de notre mobilité mamans et bébés pour les présenter au monde, leur présenter le monde.

Quand le lien de confiance est établi entre le bébé, la maman et le soignant, que le lien intersubjectif est suffisamment sécurisé, il paraît enfin possible de sortir des 4 murs, ceux de l'hôpital, ceux de l'appartement, pour se lancer dans une promenade et heureusement, à Marseille, il y a la mer !

Cette poussettothérapie constitue un véritable travail d'investissement d'une aire intermédiaire d'expérience [20].

Un bain/flux sensoriel s'active ainsi à l'air libre : le souffle du vent, le bruissement des vagues, le soleil (encore hivernal mais) éclatant, tout cela nous accompagne sur la plage aménagée du Prado. Un espace dégagé durant cette période, de l'automne au printemps, loin de l'agression urbaine. L'horizon nous attire. La balade est un moment plaisant, le partage simple d'un être-avec, sans une trop grande proximité et le

portage est un peu plus à distance grâce à la poussette. Il y a d'abord un face-à-face si le bébé est tourné vers la maman, et pour les enfants plus grands, la possibilité d'un voyage en présentation. Les bébés sont plutôt détendus, n'ont pas froid. Les mères sont parvenues à adapter l'habillement, l'enveloppement, la contenance. Toutes ces choses paraissent simples.

Nous constatons très vite que ce lieu peut constituer un espace de respiration, un entre-deux intéressant sur le plan thérapeutique. La symbolique de la mer ne nous échappe pas, mais sans doute que l'herbe verte ou des sentiers forestiers pourraient aider aussi.

Voilà où nous en sommes de nos tâtonnements thérapeutiques en mobilité.

Conclusion

Les vignettes cliniques évoquées dans ces textes permettent de se représenter cette clinique particulière des équipes mobiles de pspérinatalité.

Une clinique de la créativité, de la flexibilité, de l'accordage... avec de manière sous-jacente l'ambition affirmée d'intervenir précocement : la temporalité des « 1000 premiers jours » nous rappelle le processus de développement et de changement chaque jour à l'œuvre chez le fœtus et le bébé et dans les interactions entre le bébé et son environnement.

Une clinique des liens et des ruptures, de la continuité et de la discontinuité, du dedans et du dehors, un « art des ponts » comme l'écrit Dominique Brengard [14].

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Dugnat M, Poinso F, Collomb N, Lechevallier N (dir). *Tout commence ici*. 2^e éd. En acte(s), 2022.
2. Dugnat M, Poinso F (dir). *Soigner ensemble en pspérinatalité*. En acte(s), 2020.
3. Dugnat M. *Hospitalisation mère-enfant en pédopsychiatrie : stratégie d'une prévention primaire*. [Thèse, Faculté de médecine de Marseille]. 1988.
4. Dugnat M, Joly S, Gignoux-Froment F, Guivarch J, LeTreut L, Poinso F. « Demain, en France, mieux soigner les parents (malades psychiques) et prendre soin des bébés (en souffrance) et inversement ? » In : Dugnat M, Poinso F. *Soins, corps et langages*. Toulouse : Érès, 2018.
5. Dugnat M, Brunet F, Brunet F. « L'horloge et le temps et/ou la carte et le territoire : remarques éparses – car territoriales – sur temporalité et périnatalité ». In : Dugnat M, Poinso F. *Rythmes et temps en périnatalité*. Toulouse : Érès, 2020.
6. Dugnat M, Arama M, Cao E. « Réseaux de soins précoces et hospitalisation conjointe mère-bébé : logiques contradictoires ou possible complémentarité ? ». In : *Troubles relationnels précoces père-mère/bébé*. Toulouse : Érès, 1996.
7. Dugnat M, Joly S, Gignoux-Froment F, Guivarch J, LeTreut L, Poinso F. « Regards citoyens : urgence d'une politique de santé mentale périnatale en France : améliorer l'expérience de la parentalité des parents ». In : Dugnat M (dir). *Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s)*. Toulouse : Érès, 2016.
8. Houzel D (dir). *Les enjeux de la parentalité*. Toulouse : Érès, 1999.
9. Candilis-Huisman D, Dugnat M (dir). *Bébé Sapiens : Du développement épigénétique aux mutations dans la fabrique des bébés*. Toulouse : Érès, 2017.

10. Dugnat M. « Du *care* à la synapse en passant par l'empathie et le gène ». In : *Soigner, prendre soin du bébé et de ses parents*. Toulouse : Érès, 2011.
11. Dugnat M. « Monde des bébés, monde des soignants ». In : Dugnat M (dir). *Le monde relationnel du bébé*. Toulouse : Érès, 1997.
12. Stern DN. *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Londres : Routledge, 2020.
13. Ausloos G. La compétence des familles, l'art du thérapeute. *Service social* 1994 ; 43 (3) : 7-22.
14. Brengard D. Équipes mobiles en psychiatrie périnatale : l'art des ponts. *Perspectives Psy* 2022 ; 61 (3) : 207-213.
15. Dugnat M. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d'une prévention universelle prévenante ? Définitions, critiques et propositions. *Spirale* 2012 ; 61 (1) : 139-162.
16. Von Overbeck Ottino S. Tous parents, tous différents. Parentalités dans un monde en mouvement : Parentalités. *L'Autre* 2011 ; 12 (3) : 304-315.
17. Bion W. *Recherche sur les petits groupes*. Paris : PUF, 2002.
18. Brazelton B. *Les premiers liens : l'attachement parents-bébé vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris : Calmann-Lévy, 1994.
19. Winnicott DW. *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris : Gallimard, 2000.
20. Winnicott DW. Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 2018.
21. Brengard D. Parents et bébés en situation d'errance et de précarité : d'une clinique de la non-demande à l'art des ponts. *Psychiatrie française* 2016 ; 46(3) : 63-74.