

## Ce serait bien qu'elle aille à l'hôpital mère-enfant...

ACTES du CHANTIER OUVERT AUX PUBLICS n°9

Qui s'est tenu le Jeudi 14 juin de 9 h 30 à 12 h 30 au Centre administratif et de conférence de  
Maison Blanche (Amphithéâtre) 6-10 rue Pierre BAYLE 75020 PARIS

1<sup>ère</sup> matinée de travail avec l'équipe de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien  
« La procédure d'admission »

**Dr Marijo TABOADA, psychiatre, DAPSA - Paris, chef de chantier**

Bonjour à toutes et à tous, merci pour votre présence nombreuse. Comme il est usuel pour la majeure partie de nos chantiers, une large part sera faite aux échanges lors de notre matinée. J'avais à cœur de saluer la naissance, après une gestation longue et difficile, de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien, et il me semblait opportun d'y porter un regard clinique deux ans après son inscription dans le paysage francilien.

Chacun de nos quatre intervenants est donc en lien direct avec l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien (HMEEP), sachant qu'il nous paraissait intéressant d'envisager l'accompagnement de façon un peu plus ouverte. Tous autant que nous sommes, nous pouvons à un moment donné du parcours être utiles, voire indispensables. D'où l'intérêt de nos discussions aujourd'hui autour de la procédure d'admission, et dans quelques mois autour de la procédure de sortie, l'objectif étant de former une véritable collectivité soignante autour de ces bébés et de ces mamans.

Je vous propose de commencer par un état des lieux avec Jean Ebert, médecin directeur de l'HMEEP, puis nos autres intervenants apporteront respectivement le regard d'un pédopsychiatre, d'une sage-femme et d'un médecin à la PMI. Place sera faite ensuite au dialogue avec la salle.

**Dr Jean EBERT**, *Psychiatre, Médecin Directeur de l'Hôpital Mère Enfant de l'Est Parisien*

L'Hôpital Mère Enfant est né il y a maintenant deux ans, c'était le 26 avril 2010. Pour vous donner un aperçu de l'écart entre ce que nous avons imaginé et ce qui est notre réalité concernant les admissions, prenons l'année 2011 qui est une année complète. Nous avons une capacité totale de 40 lits, dont 6 lits de prénatal, 9 lits en postnatal immédiat concernant les mamans qui sortent de la maternité avec leur bébé, et 8 lits en postnatal tardif, c'est-à-dire jusqu'aux 12 mois de l'enfant. Nous avons étendu la notion de périnatalité jusqu'aux 12 mois de l'enfant afin de garantir la cohérence de l'accompagnement, et parce que se posent d'autres enjeux au-delà.

Le taux d'occupation pour 2011 est de 89,5%, mais il faut souligner qu'il se limite à 61,7% en prénatal, contre 93,6% en postnatal. Cette faiblesse du taux d'occupation en prénatal pose question compte tenu de notre sentiment d'avoir bien donné l'information.

Pour ce qui est du détail des admissions : 31 femmes enceintes, 84 mères en postnatal, 87 bébés (dont trois paires de jumeaux). La répartition suit une logique régionale, avec une polarité Nord et Est, Paris comptant pour 46% des demandes. Je m'attendais à une avalanche de demandes depuis la Seine-Saint-Denis, mais elles se limitent finalement à 16,6% du total. Des personnes viennent aussi de l'ouest, ce qui suppose qu'une logique de réseau est en œuvre et pas seulement une logique du territoire. Et il peut arriver tout simplement que le Vésinet par exemple soit à un moment saturé.

Concernant les indications d'hospitalisation, on constate tout d'abord une grande variété des pathologies obstétricales ou somatiques, sachant pour ces dernières que nous restons en deçà de ce que nous pourrions faire, puisque le cœur du travail est bien sûr de soigner l'adulte et l'enfant, mais c'est essentiellement de permettre que se créent les premiers liens, quelle que soit la pathologie maternelle ou infantile.

Les troubles psychiatriques sont les plus nombreux, en particulier les syndromes dépressifs sévères, au nombre d'une cinquantaine dont 20 dépressions du prépartum et 30 dépressions du postpartum. Les troubles liés aux dépendances sont significativement moins nombreux dans nos statistiques, avec 13 patients au total souffrant d'une dépendance à l'alcool ou aux opiacés, mais il faut savoir qu'il est préférable de ne pas hospitaliser de nombreuses personnes dépendantes en même temps.

Le cœur de notre action d'évaluation et de soutien concerne les enfants, dont certains des 87 nourrissons hospitalisés en 2011 présentaient des pathologies médicales. Ce qui justifie la présence dans l'équipe d'un médecin généraliste et d'une pédiatre, qui sont à la tâche aussi sur ces questions-là.

Il arrive que l'hôpital refuse une admission. En moyenne une fois sur deux : sur un total de 233 demandes, 118 n'ont pas abouti, soit 50,6% des dossiers de demande d'admission. Dont 45 demandes en prénatal et 73 en postnatal. Cela étant, 40% des non-admissions sont liées à des motifs d'absence d'indications de soins ou de refus de la patiente, tandis que 22% des demandes restent sans suite. L'absence de lits disponibles ne compte que pour 8,6% des refus, mais j'observe que mes interlocuteurs s'attendent toujours à ce que nous soyons saturés. L'indication d'UMB (Unité Mère-Bébé) psychiatrique vaut pour 7% des motifs de non admission, car il est nécessaire de préserver la complémentarité qui est la nôtre. Il est regrettable en revanche que 5,5% des motifs de non-admission concernent l'absence de couverture sociale. De fait, on ne peut pas admettre quelqu'un qui n'a pas ses droits ouverts à la Sécurité sociale, couvrant la durée d'hospitalisation prévisible. Or, il faut savoir que la jonction avec l'administration de la Sécurité sociale s'avère très compliquée. Nous comptons ainsi pour l'an dernier 150000 euros de prix de journée non payés par la Sécu. Hélas, nous sommes trop petits pour pouvoir nous permettre ce genre de déficit...

En prénatal, le motif principal de non-admission est le refus de la patiente, à 27%. Cela pose la question de l'accompagnement en amont, et aussi de l'accueil. Viennent ensuite les motifs d'hospitalisation au Vésinet (18%), de demande sans suite (11%) et d'absence de place (11%).

J'en arrive au processus d'admission, qui demande encore quelques améliorations. D'abord nous recevons une demande d'admission adressée par un partenaire, principalement les maternités mais aussi le tissu associatif, la PMI, l'aide sociale à l'enfance, le Vésinet par accord tacite, ou encore quelques médecins libéraux. Nous demandons, outre les renseignements médicaux, un courrier précisant les observations relevées ainsi que les éléments psychopathologiques et sociaux utiles à connaître pour une bonne prise en charge. Nous avons d'ailleurs élaboré un imprimé à cet effet, qui se révèle fort utile.

De façon systématique aujourd'hui, nous vérifions ensuite les droits Sécu, sans lesquels la commission d'admission hebdomadaire ne traitera pas du dossier. Nous demandons parfois leur avis au pédiatre ou à l'obstétricienne concernant ces demandes d'admission, puisque nous sommes un lieu de soins et de réadaptation, autrefois dit de « moyen séjour », ce qui nous impose de toujours évaluer nos limites. Vient alors une proposition d'entretien de pré-admission, qui nous permettra de rencontrer cette femme et cet enfant et de savoir si l'on peut « faire avec », et si eux peuvent faire avec nous. Cette phase est essentielle si l'on veut s'engager dans un projet de soins.

Enfin, la commission d'admission est appelée à valider le dossier, à l'inscrire dans une file d'attente, priorisé en fonction de la pathologie de la mère ou de l'enfant, mais aussi en fonction de sa situation globale. Puis réponse est envoyée à la patiente et au partenaire.

Je voudrais conclure cette présentation en détaillant davantage l'entretien de pré-admission, qui permet de faire connaissance avec la mère et l'enfant mais aussi de rencontrer le père, et juger de son adhésion au projet. Parce qu'il s'agit de s'inscrire dans un parcours, il est essentiel de procéder à une évaluation globale de l'adhésion au projet de soins et de la compréhension des enjeux de l'hospitalisation.

La durée moyenne de séjour est de deux mois, c'est donc un temps très court. Lors de cet entretien, il conviendra donc d'être particulièrement à l'écoute de la souffrance psychique et des plaintes somatiques exprimées. Il faudra, avec le médecin généraliste, décider de la meilleure façon d'aborder chaque cas. Il conviendra également d'évaluer la qualité de l'entourage des patientes, tant familial qu'amical ou professionnel. Le père a-t-il reconnu l'enfant, sera-t-il présent durant l'hospitalisation, avec qui prévoir des autorisations de sortie, autant de question qu'il faut se poser en amont. L'entretien prévoit aussi une présentation du service, que certaines demanderont à visiter, ainsi qu'une présentation des règles de vie, principalement concernant les droits de sortie et les droits de visite. C'est là où « ça coince » le plus, là aussi où l'on observe le plus de transgressions. D'où l'importance d'en parler à ce moment là, pour discuter des axes du contrat de soins et du cadre dans lequel il va s'exercer.

Merci de votre écoute très attentive.

### **Dr Marijo TABOADA**

Merci pour cette présentation qui nous entraîne dans le vif du sujet. Souvent on se demande, dans le cadre d'un travail en partenariat : « Qu'est-ce qui a bien pu être dit à la patiente sur le service que je peux lui rendre ; comment ai-je été présentée? ». C'est un peu l'idée de ce chantier que d'explorer aussi les marges de la procédure d'admission, de s'interroger sur ce qui amène l'adresseur à se dire : « tiens, ce serait bien d'envoyer là cette dame ». Reste ensuite à savoir comment donner envie aux personnes d'y aller...

Je vous propose d'entendre à la suite nos trois intervenantes, avant d'engager le débat.

### **Dr Catherine AGBOKOU, psychiatre auprès des maternités de Tenon et de Trousseau**

Nous interagissons assez régulièrement avec l'HMEEP, c'est pourquoi je puis aujourd'hui témoigner de mon expérience auprès de cette nouvelle structure. Mon intervention répondra principalement à ces deux questions : d'une part quelles sont les attentes du psychiatre vis-à-

vis d'une telle structure, et d'autre part quel est le ressenti concernant la procédure d'admission après ces quelques années de collaboration.

Je dois tout d'abord reconnaître que cette structure était très attendue, car elle semblait devoir répondre à tous nos phantasmes : une prise en charge globale avec des intervenants psychiatres, addictologues, généralistes, sur Paris intra-muros, depuis le prénatal jusqu'en postnatal. Sans doute les premières demandes n'étaient-elles pas tout à fait ajustées à la réalité, c'est-à-dire une structure polyvalente, touche à tout, qui du coup marque sa différence avec d'autres structures spécifiquement psychiatriques, avec une spécialisation en périnatalité. Avec l'expérience, nous avons compris que certaines pathologies cadrent davantage avec l'HMEEP, tandis que d'autres relèvent des autres structures psychiatriques.

Par rapport à mes demandes de pré-admission, je constate que l'HMEEP, au même titre que les autres unités Mères Bébés, autorise les pathologies psychiatriques stabilisées, d'une intensité modérée. De fait, la majorité des cas que nous traitons en collaboration concernent les troubles de l'humeur. Dans son aspect polyvalent, ce service est très adapté à ce type de cas et démontre une compétence certaine dans l'accompagnement de ces jeunes femmes, en prénatal comme en postnatal.

On y trouve aussi quelques patientes psychotiques, mais je n'en adresse pas souvent, surtout depuis une certaine madame Z admise à ma demande et dont on me parle encore... Il est vrai que ce cas était difficile et demandait sans doute une expertise supplémentaire dans l'accompagnement. J'ai tendance depuis à adresser ce type de patientes aux unités mère-bébés traditionnelles. Ce n'est pas exprimer une critique que de dire cela, mais simplement dessiner les contours de la collaboration la meilleure possible avec ce nouveau partenaire qu'est l'HMEEP.

Et puis il y a ces patientes « fourre-tout », qui ne rentrent pas vraiment dans une case psychiatrique, n'étant ni psychotiques ni déprimées, mais présentant des fragilités de structure de personnalité, un peu cabossées par la vie, carencées, avec des enjeux sociaux, sans pour autant être dans la grande précarité ou la désocialisation. Parfois déjà mères d'enfants placés, mais avec une grossesse qui se présente différemment, elles nécessitent une évaluation fine pour que chacun des intervenants puisse se positionner de bonne manière. C'est difficile, souvent il faut batailler pour leur faire admettre l'intérêt d'une unité Mère Enfant, sachant que la procédure de pré-admission sera parfois douloureusement vécue. Cette étape est néanmoins nécessaire, il faut qu'elles puissent s'y confronter.

La plus grande difficulté pour nous, lorsque nous faisons une proposition d'admission aux équipes, est ce flottement dans le délai de réponse lorsque la situation s'annonce compliquée à

gérer, flottement qui se répercute chez nous. Cette attente alors que nous nous lançons dans ce projet nous fait un peu perdre la main auprès de la patiente. Certes je fais un courrier, je vous appelle personnellement pour toute demande, mais il faudrait peut-être pouvoir en discuter davantage car nous n'avons pas l'impression d'être dans un réel dialogue concernant les réunions de pré-admission. Si la réponse est négative, nous n'avons pas l'occasion d'en parler ensemble, alors qu'il serait parfois positif pour la patiente d'en comprendre les motifs. Certes pas pour toutes, car cela serait par trop chronophage, mais par exemple dans des situations où le placement de l'enfant est un enjeu.

Par ailleurs, certaines demandes sont faites sachant que l'on part avec un très lourd handicap. Le pari est quasiment perdu d'avance, mais parfois de petits détails peuvent suffire pour sortir de la répétition. Parfois aussi la demande d'évaluation nous aidera à faire comprendre à la patiente qu'il n'est pas possible de la prendre en charge sur un temps court, au risque de subir un nouveau traumatisme.

Concernant la procédure d'admission, processus dynamique qui montre à la patiente que c'est le résultat d'un travail où tous s'investissent et non quelque chose qui lui serait dû, la problématique se situe au niveau du retour qui est fait aux professionnels qui ont formulé la demande. En effet, la réponse est surtout faite à la patiente, du moins si j'en juge par mon expérience personnelle, que je me risque à généraliser... Le professionnel voit ici la communication s'interrompre et devra s'informer auprès de la patiente de la date du rendez-vous, de ce qui s'y est dit, des délais, etc.

Je me souviens de cette patiente suivie à Sainte-Anne, pour laquelle nous avons sollicité récemment la PMI pour obtenir du soutien et qui a obtenu un entretien, sans que j'en aie un retour direct alors que dans le même temps je dois faire le lien entre les différents intervenants. Cela complique le travail, alors que les autres structures institutionnelles offrent ce retour après l'entretien, en discutant déjà des modalités d'une éventuelle collaboration. Un tel retour manque avec l'HMEEP, qui permettrait de boucler la boucle, de poursuivre cette dynamique d'interactions et d'instaurer un vrai partenariat de réseau, quelle que soit la réponse apportée.

Autre remarque : en postnatal immédiat, les patientes en suites de couches ont du mal à comprendre le délai entre le moment où l'on vous pose la question et le moment où l'information est traitée, parfois six jours plus tard. C'est une vraie problématique.

Dernier point concernant la procédure d'admission : se pose encore le problème du poids minimal des bébés. Beaucoup de nos patientes accouchent avant terme et ont des bébés de petit poids, tandis que les pédiatres font pression en disant qu'il n'y a aucune raison pour que

l'enfant n'aïlle pas en soins de suite dans une institution. Le poids a été diminué il est vrai, ce qui va dans le bon sens, mais il faut savoir que ce type de patientes aura des bébés de 2,5 kg plutôt que de 3,5 kg.

Par rapport aux addictions, j'ai entendu votre difficulté à gérer plusieurs patientes consommatrices dans le même temps, c'est pourquoi je ne vous en adresse que peu d'entre elles. Ce d'autant plus que j'éprouve certaines difficultés à juger de la limite entre une consommation considérée comme acceptable et une consommation excessive.

Je veux pour conclure souligner mon appréciation très positive de ce partenariat, mes dernières remarques visant à l'améliorer encore.

### **Dr Jean EBERT**

Votre remarque sur ce manque de retour direct est une vraie problématique, dont nous avons conscience. Parfois nous organisons des synthèses de pré-admissions avec nos partenaires, mais cela demande de l'organisation et du temps, un temps qui nous est souvent compté et que nous investissons davantage en direction de la mère. J'entends bien ce que vous dites, en particulier sur la nécessité d'être en relation et de se connaître, de se faire confiance les uns les autres. Car tout est plus simple quand on connaît la pensée et la façon de procéder de notre partenaire. Cela étant, pour vous donner un exemple, je connais très bien le centre *Horizons* puisque je l'ai créé et y ai travaillé pendant 22 ans, je connais très bien les membres de l'équipe et leurs procédures de travail, et pourtant il n'est pas toujours simple de travailler avec ce centre... Donc, ces éléments sont certes importants mais ne suffisent pas toujours.

Pour ce qui est du retour, je plaide coupable avec circonstances atténuantes, face au nombre des demandes d'admission. Nous avons envisagé d'envoyer systématiquement un appel téléphonique mais cela valait surtout pour l'interlocuteur et moins pour l'ensemble de son service, ce qui parfois n'était pas judicieux, aussi nous en sommes un peu revenus au cas par cas et je vous concède bien volontiers la nécessité d'améliorer encore la qualité du partage entre nous en amont. Il y a une grande diversité de personnes et de services qui adressent, et chacun attend des choses différentes. Nous avons donc à différencier nos modalités de retour, ce qui n'est pas simple, mais nous devons aussi être plus systématiques, au moins dans l'envoi d'un courrier au lendemain de l'entretien. Vous avez souligné ici un point essentiel : notre travail s'inscrivant dans le temps, il forme un maillon d'une chaîne thérapeutique et d'accompagnement, d'où l'importance d'assurer partout une bonne continuité au risque sinon que cela soit préjudiciable pour les patients.

Concernant les délais, il s'avère difficile d'échapper à un processus kafkaïen dans cette temporalité où les femmes sont supposées sortir à J+3 et où les équipes sont sous pression pour que la durée de séjour soit la plus courte possible, avec en même temps des situations très complexes à gérer. Parfois le service est plein, c'est-à-dire embolisé, et parfois aussi nous sommes amenés à prolonger le séjour de certaines mères avec bébés, pour qui une sortie serait clairement prématurée. Les délais ne sont ainsi pas toujours prévisibles...

**Dr Catherine AGBOKOU**

L'important est d'éviter ce sentiment de flottement après une demande. Donner un ordre de grandeur du délai serait suffisant pour rester dans un processus de soins, l'attente de la réponse n'étant alors plus vaine, qu'elle soit positive ou négative.

**Dr Jean EBERT**

Notre souci est de ne pas vous mentir, car vous vous engagez sur une date auprès de votre patiente. Or, le problème est qu'il nous est parfois difficile de fixer une date, au risque de devoir y revenir. Nous faisons des réunions d'admission le mardi et parfois le vendredi, pour pouvoir répondre aux demandes le plus tôt possible. Mais j'entends bien que vous avez besoin d'arguments aussi pour tenir la situation de votre côté.

Il est assez rare que nous ayons le sentiment d'une pression exercée par les demandeurs, même si cela a pu arriver. Le travail se fait la plupart du temps en partenariat ce dont nous pouvons nous féliciter.

**Dr Marijo TABOADA**

Ce problème est peut-être insoluble, dans la mesure où le service demandeur a en tête la sortie de la patiente, tandis que l'Hôpital Mère Enfant pense à l'entrée. « Quand sort-elle », ou « Quand ce lit va-t-il se libérer », n'est pas forcément en phase avec « Quand entre-t-elle », ou « Que peut-on apporter à cette patiente ». Sortie ou entrée : ce ne sont pas les mêmes objectifs et cela explique sans doute la contradiction.

**Dr Benoit QUIROT, *pédopsychiatre, hôpital de Montreuil***

Je pense que les chefs de maternité n'ont pas oublié, en dépit des pressions économiques, qu'ils sont responsables de la sortie de leurs patientes et des enfants qu'elles viennent de mettre au monde. C'est leur responsabilité aussi que de penser la suite.



**Dr Catherine AGBOKOU**

C'est en effet le cas, à en constater le nombre de femmes qui restent au-delà des trois jours traditionnels.

**Dr Sophie LUSTIG, psychiatre, maternité de Port-Royal**

Je veux témoigner aussi de ce sentiment de flou sur nos demandes, en l'absence de retour. On téléphone, on nous dit que le dossier va passer à la commission du mardi, puis du vendredi... Nous nous trouvons vis-à-vis de la patiente dans une situation d'attente où il faut malgré tout réfléchir à d'autres possibilités, alors qu'avec les autres structures Mère Enfant psychiatrie la réponse est rapide et précise. C'est « non » par manque de place avant telle date, ou bien parce que le cas ne correspond pas à une indication, ou c'est « oui » à telle date... Cela nous permet de continuer à travailler le mieux possible avec ces femmes et ces bébés.

**Dr Marie-Laure SFEIR, médecin généraliste, HMEEP**

Je fais partie de la commission d'admission et je suis en première ligne aussi pour les entretiens de pré-admission, ainsi que pour apporter aux partenaires les premières réponses suite aux commissions d'admission. Je voudrais moduler les propos du Dr Ebert concernant la rareté des pressions exercées par les partenaires : autant le secrétariat que moi-même avons eu à gérer de nombreuses pressions, dans un contexte de situations complexes impliquant l'interaction de plusieurs partenaires de compétences différentes. Il peut y avoir pour un même dossier une assistante sociale, une équipe d'éducatrices, la PMI, l'aide sociale à l'enfance, un médecin généraliste, un gynécologue, un psychiatre... Il serait peut-être plus facile pour nous d'avoir un correspondant extérieur qui serait notre seul interlocuteur, qui centraliserait les informations et qui communiquerait aux autres professionnels les résultats de notre commission. Je tente maintes fois de joindre par téléphone tous les professionnels impliqués dans une même situation et qui nous avaient appelés avant les commissions, mais cela s'avère très difficile ! Par exemple, cela fait trois jours que j'essaye sans y parvenir de contacter Marie-Laure Sfeir concernant une demande d'admission. Cela semble mieux fonctionner par mail...

**Dr Catherine AGBOKOU**

Créer un lien par mail n'empêche pas la communication orale par ailleurs. Cela permettrait de s'inscrire dans une certaine temporalité, de savoir où chacun en est.

**Dr Marijo TABOADA**

Le fait est que l’HMEEP travaille dans ce que l’on appelle les « zones incertaines », où les diagnostics restent peu clairs, et c’est justement là qu’il peut rendre service à ces personnes. Sachant que la proposition d’une prise en charge en psychiatrie soulève rarement l’enthousiasme des patientes, et que parfois les professionnels eux-mêmes ont quelque difficulté à adresser à la psychiatrie, ce qui peut se ressentir au niveau des indications.

Je vous propose d’entendre maintenant nos deux autres témoignages, celui d’une sage-femme et celui d’un médecin.

**Julie CASTANEDA**, *sage-femme à la maternité de Lariboisière*

La plupart du temps les premières demandes d’admission sont adressées par la sage-femme, que ce soit en prénatal ou en postnatal. Le relais est passé ensuite avec les assistantes sociales et la psychologue de maternité, en un véritable travail d’équipe. Chaque professionnel prend le temps d’entendre l’autre, ce qui permet à tous de comprendre par exemple que telle patiente en souffrance psychologique peut devoir être gardée quelques jours de plus. Outre l’aspect médical, avec des pathologies à prendre en compte, il y a tout un aspect de prise en charge psychologique et sociale dont je veux souligner l’importance.

En prénatal, nous avons adressé à l’HMEEP seulement deux patientes en 2011, essentiellement en raison d’absence de couverture sociale. C’est malheureux mais c’est la règle.

J’en arrive à la question sensible de la temporalité, qui nous pose également problème. Cette incertitude sur les délais touche aussi bien les équipes soignantes que les patientes, dont certaines finissent par abandonner le projet.

**Dr Marijo TABOADA**

Je me demande s’il ne serait pas utile d’anticiper la question auprès de l’HMEEP, lorsque vous prévoyez un possible problème chez la femme enceinte, de façon à raccorder plus efficacement la temporalité de la maternité et celle de l’HMEEP. Et si nous sommes finalement sollicités en amont pour rien, ce n’est pas grave !

**Virginie HARAULT**, *sage-femme cadre à l’HMEEP*

J’ai été cadre dans une maternité en néonatalogie en Essonne avant d’intégrer l’équipe du docteur Ebert et j’ai donc une conscience aigüe de ce problème de temporalité, au point que nous avons envisagé au départ de prévoir une commission d’admission quotidienne. Mais eu

égard à notre nombre limité de places, cela ne s'est pas avéré utile. Pour appuyer la suggestion de Dr Taboada, il serait plus facile pour nous de rencontrer la patiente en prénatal, voire l'hospitaliser quelque temps pour mieux faire connaissance, mieux coordonner le projet de soins en étant informés de ses besoins, et au passage mieux garantir une place en postnatal...

Quand on nous appelle pour nous demander d'admettre en femme déjà en J+2 ou J+3, il faut en passer par tout le parcours de pré-admission, ce qui suppose un certain délai. Nous comprenons bien que cette incertitude sur la réponse est difficile à vivre, sachant qu'une réponse négative allonge encore les délais de prise en charge pour la patiente. Des demandes davantage anticipées nous permettraient certainement d'éviter ces situations d'attente lorsqu'il y a urgence.

**Julie CASTANEDA**, *sage-femme, maternité de Lariboisière*

Ce n'est pas toujours possible d'anticiper, car souvent l'arrivée de l'enfant décide les patientes qui auparavant n'avaient pas envie d'aller dans ce type de structure. Une fois que l'enfant est là, face à la difficulté d'accompagner cet enfant, elles acceptent cette démarche.

**Dr Catherine AGBOKOU**

C'est vrai, il y a parfois des refus, les femmes n'adhérant pas forcément, voire ne comprenant pas ce dont on est en train de parler avec elles, et seule la confrontation avec la réalité de l'enfant présent permet de passer cet obstacle. Et pour ces patientes au parcours de vie chaotique, ce flottement dans l'attente de la réponse constitue un obstacle supplémentaire.

**Geneviève PAGES**, *psychologue à la maternité de Port-Royal*

J'aurais aimé connaître la composition de votre équipe. Par ailleurs, pour ce qui est de la difficulté à anticiper, il y aura toujours des situations impréparées. On s'efforce tous de prolonger le temps d'hospitalisation lorsque cela s'avère nécessaire, mais quid de l'éventuelle perspective d'un placement de l'enfant ? Comment y travaillez-vous ?

**Dr Jean EBERT**

Pour ce qui est de la composition de l'équipe, nous comptons à la fois un personnel soignant classique, une assistante sociale et trois psychologues à deux-tiers temps chacune. Parmi les médecins : un psychiatre supposément aux trois-quarts temps (moi-même), un pédopsychiatre à mi-temps, une pédiatre à deux demi-journées par semaine, une généraliste, deux gynéco-

obstétriciennes et une psychomotricienne à temps partiel. Il y a aussi une sage-femme en permanence, qui assure une continuité de vingt heures à huit heures du matin, tandis que les médecins sont d'astreinte. Il n'y a pas de médecin de garde car nous ne sommes pas dans l'aigü. Il y a aussi une équipe éducative, avec deux postes d'éducatrices spécialisées et deux postes d'éducatrices de jeunes enfants. C'est très important, car bon nombre de relations avec l'extérieur passent par elles, en particulier concernant les accompagnements et les sorties.

Pour ce qui est du repérage permettant une anticipation, on pourrait certes recevoir des femmes enceintes avant le stade de la pré-admission, mais il faut savoir que cela n'entre pas dans la logique des actes de l'hôpital en termes administratifs. D'autre part, la question de la tarification au prix de journée n'est pas de notre choix. Je souhaitais au départ un budget global, de façon à éviter ces exclusions au motif de non-ouverture des droits, mais on nous a signalé fin 2009 que cela n'allait pas être possible...

Par rapport à la question de la séparation, il est important de comprendre qu'une séparation sans accompagnement est une rupture, et là cela fait des dégâts. Nous avons eu à nous occuper d'enfants qui se situaient dans une perspective de placement, de façon à évaluer la capacité de la mère à s'en occuper ou pas. C'est toujours difficile d'accompagner une mère et son enfant vers une séparation, mais je sais par expérience que le faire est très fécond.

**Lucie ROGER**, *psychologue à la maternité de l'hôpital Robert Debré*

Je me souviens de cette femme très carencée qui décompensait sur un mode dépressif impressionnant, que l'on vous avait adressée et qui finalement a accouché sous X, alors que cela n'était pas de nos perspectives au départ. L'équipe a d'ailleurs dû apprendre à l'accepter, de façon à l'accompagner dans sa démarche. Le fait d'avoir été hospitalisée a joué, ainsi bien-sûr que tout le travail mené en partenariat entre plusieurs équipes.

**Dr Jean EBERT**

J'ai créé le centre *Horizons* pour les femmes enceintes et les mères toxicomanes car l'enjeu essentiel reste la non-répétition de l'histoire. Je précise cela pour vous faire comprendre qu'il n'y a pas chez nous de critères d'exclusion a priori même sur une histoire catastrophique, sauf s'il s'agit de protéger les petits. Par ailleurs, il convient de souligner que nous sommes une jeune équipe, encore en maturation, et il est certaines situations qui mobilisent beaucoup trop les affects. Il faut des équipes très entraînées pour cela, et peut-être certains dossiers refusés

hier seront-ils acceptés dans deux ou trois ans. Parfois aussi une équipe vient de vivre une situation très complexe et tel refus visera à la préserver, pour des raisons d'homéostasie interne.

**Dr Rafaèle CAMMAS**, *pédopsychiatre à l'UHMB « La Pomme »*

Nous essayons de travailler dans la complémentarité de nos indications dans les unités Mères Bébés de la région parisienne, mais il existe en effet des contrindications « contextuelles », liées à la vie de l'institution et à nos limites, qui parfois empêchent certaines prises en charge. Pour un même type de patiente qui mobilisera le même type de moyens, la réponse pourra être différente à trois mois d'écart, en fonction de nos ressources disponibles.

Concernant la question de la séparation, je travaille depuis plus de 15 ans dans une unité Mères Bébés et j'ai constaté qu'il est parfois tout aussi difficile pour une femme d'être hospitalisée avec son enfant pour finalement aboutir à une séparation, qui restera traumatique quels que soient nos souhaits d'éviter la répétition. Travailler avec cette mère sur ses capacités à élaborer et à vivre cette séparation est possible mais doit mobiliser tous les professionnels concernés. Parfois la mère a besoin de s'éloigner pour élaborer le lien, pour trouver la bonne distance. Chaque projet devrait être discuté en commun dès la grossesse, sans quoi l'arrachement sera vécu aussi comme un échec par les partenaires.

**Dr Catherine AGBOKOU**

D'où l'importance de la communication entre nous, de la confiance qu'il est nécessaire de construire afin de pouvoir entendre « oui » ou « non ». Il pourra arriver que l'on insiste sur certains cas, peut-être parce qu'on y projette quelque chose, c'est pourquoi il est important aussi d'avoir un retour, de comprendre pourquoi « oui » ou pourquoi « non », et d'intégrer cette compréhension dans le travail mené avec la patiente. Quoi qu'il en soit, toutes les situations de séparation n'ont pas à être traitées dans des unités Mères Bébés. Et le traumatisme des séparations est lourd aussi pour les équipes, sachant qu'il y a des choses que l'on ne doit pas rejouer trop régulièrement. L'essentiel est de travailler au cas par cas et de cultiver l'esprit de collaboration, en évitant tout formatage.

**Dr Martine CHOCHON**, *médecin à la PMI de Paris*

Je voudrais remercier le Dr Jean Ebert et Marijo Taboada pour avoir invité la PMI à partager ce moment de réflexion. Nous avons participé à la réalisation de ce projet de l'HMEEP, qui s'est rapidement révélé indispensable dans le paysage parisien. Quand je vais dans les

maternités, j'entends souvent : « Ce serait bien que cette mère et son bébé aillent à l'hôpital Mère Enfant ». C'est même devenu un leitmotiv dès lors qu'une femme enceinte vit une histoire très lourde, justement pour lui éviter les répétitions de l'histoire. De fait, nous avons vécu un certain nombre de situations pour lesquelles nous avons pu inverser le cours des choses, notamment avec des femmes toxicomanes, grâce au travail d'anticipation mené collectivement en cours de grossesse.

Le souci de prévention, l'accompagnement et le soin des futures mères et leurs enfants, tel est le cœur de notre métier. Car nous savons tous combien ce temps d'accompagnement et de soins permet d'ouvrir un espace privilégié pour observer et soutenir la qualité du lien mère-enfant ainsi que les compétences maternelles. Il importe que les mères puissent répondre de façon adaptée et sécurisée, mais aussi dans la continuité, aux besoins de leur bébé. L'HMEEP procède d'ailleurs à juste titre, pour chaque cas, à une évaluation de travail menée sur la relation mère-enfant.

Pour en revenir à la procédure d'admission, la plupart de mes collègues et partenaires estiment qu'elle n'est pas suffisamment lisible. Cela étant, l'exposé du Dr Ebert était très clair ! À la PMI, nous avons bien compris dès le départ les objectifs du projet, les populations-cibles, les critères d'admission, ainsi que les modalités d'intervention, sachant que nous ne serions pas forcément les premiers prescripteurs compte tenu d'un certain nombre d'indications qui nous échappent.

Vous avez à l'HMEEP une large population de patientes en grande vulnérabilité médico-sociale, avec pour une part des pathologies psychiatriques étiquetées ou pas, étant entendu que chacune a une adresse pour sortir. Mais dans les faits, il arrive que l'adresse au départ, par exemple un hôtel, ait disparu à la sortie...

### **Dr Jean EBERT**

Nous tentons d'y pallier autant que possible. Ainsi, nous avons récemment refusé deux admissions car ces femmes allaient perdre leur logement en sortie. Cela étant, il arrive que l'on accepte une demande même en l'absence de perspective de sortie, pour des logiques de gestion interne. En ce moment, nous avons 80% de femmes sans hébergement !

### **Dr Martine CHOCHON**

Je partage ce souci d'anticipation qui a été exprimé, mais il faut reconnaître aussi que ces femmes sont souvent dans des situations de non-demande. Nous y travaillons en amont, pour aller au devant de ces femmes et leur permettre de rencontrer le bon professionnel au bon

moment, ce qui peut permettre d'accéder à une demande. Cette temporalité n'est malheureusement pas toujours en phase avec les autres structures, mais grâce à un travail de réseau, comme avec le Dapsa, nous parvenons à ce qu'elles arrivent à l'entretien d'admission tout en adhérant au projet.

La PMI est amenée à participer aux évaluations menées ensuite avec les autres partenaires, assistantes sociales, psychologues, psychiatres, et il faudrait qu'une telle coordination puisse être effectuée systématiquement dès la maternité, dès lors qu'un repérage est effectué par un professionnel. Travailler collectivement avec la future mère le plus en amont possible ne peut qu'être bénéfique.

Le travail en partenariat demande une confiance réciproque, et il apparaît en prénatal que certains staffs semblent déjà plus proches que d'autres de l'HMEEP, par exemple celui des Bleuets. Ce qui ne diminue en rien l'attractivité de l'HMEEP, dont les staffs ont connaissance bien au-delà de l'Est parisien!

Parfois des mamans sortent sans que l'on ait pu aller très loin dans l'évaluation, d'où le suivi exercé par la PMI. Nous proposons une visite à domicile de la puéricultrice, nous travaillons avec le centre de protection infantile, des puéricultrices, des psychologues, des internes d'hôpitaux psychiatriques qui parfois interviennent à domicile, sans oublier le Dapsa. Nous continuons ainsi d'évaluer, jusqu'à être en mesure de poser des indications, mais parfois nous sommes dans l'urgence, le bébé grandit, c'est le parcours du combattant, et cette réponse qui ne vient toujours pas... Nous comprenons mieux aujourd'hui que les demandes affluent à l'HMEEP et que les critères de refus peuvent évoluer en fonction de la temporalité ou des populations en charge.

Concernant les modalités de collaboration avec les partenaires, le contact téléphonique avec le Dr Ebert fonctionne très bien. Pour le reste, on se demande parfois quel est le bon interlocuteur, on se résigne à ne pas savoir si c'est bien lui qui répondra... Les médecins de PMI font moins d'écrits que les psychiatres par exemple, sans doute faudra-t-il se poser la question d'une meilleure formalisation des demandes, en partenariat avec les équipes de secteur.

Nous considérons que la collaboration pourrait être plus efficiente. À cet égard, il est essentiel de prévoir des instances d'échanges, au-delà des staffs et des synthèses, qui permettent le partage d'expérience et d'expertise des différents partenaires. Or, il s'avère très compliqué de coordonner tout cela, parce qu'en aval il y a aussi bien la PMI que l'aide sociale à l'enfance, les services de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, les services sociaux de secteur... Il est pourtant essentiel de mieux partager pour mieux travailler, surtout en matière de protection de

l'enfance, car les curseurs des divers partenaires ne sont pas toujours au même niveau. En particulier, nous souhaiterions mieux partager avec l'HMEEP sur les évaluations qui sont faites, sur les potentialités ouvertes, pour que cette sortie s'effectue dans les meilleures conditions d'étayage et avec l'adhésion de la maman.

En conclusion, nous accordons beaucoup d'importance à ce partenariat avec l'HMEEP, et à tout le travail en réseau qui le sous-tend.

**Dr Jean EBERT**

L'une des caractéristiques de l'HMEEP est que les indications sont potentiellement très nombreuses, la précarité sociale ou l'addiction n'étant que des critères parmi d'autres.

**Danièle GABBAY**, *assistante sociale, CMP Petite Enfance*

Au niveau de la maternité ou de la PMI, on entend parfois que les choses ne seraient pas suffisamment pensées en amont. Mais il existe clairement des complémentarités à développer.

**Dr Marijo TABOADA**

Il est important qu'il y ait une alternative à l'ambulatoire...

**Dr Jean EBERT**

L'alternative à l'ambulatoire, c'est la question de l'indication et donc d'une hospitalisation à temps plein, différente d'une logique d'hôpital de jour. Il est très clair que la pédopsychiatrie doit avoir une place dans ces accompagnements en amont comme en aval.

Je voudrais revenir au prénatal, sur le problème de notre taux d'occupation assez bas. Des sages-femmes viennent faire des remplacements, nous avons des vacataires, l'une est partie travailler à l'AP... Elles nous disent qu'elles voient beaucoup d'indications pour l'HMEEP, mais ce sont des indications qui ne nous arrivent jamais. C'est certainement dû à un problème de communication, bien que nous ayons le sentiment d'avoir bien passé l'information. Il nous faudra travailler encore à la lisibilité de ce que nous pouvons offrir dans ce service. Nous avons six lits en prénatal, c'est peu mais en même temps ce taux d'occupation pose question. Ces indications existent pourtant, qui ne sont pas des indications « psy » car nous travaillons aussi sur des situations qui ne relèvent que de pathologies somatiques.

Concernant cette question du poids minimal des bébés, il a fallu tout d'abord que la pédiatre fasse bien la différence entre une sortie à domicile et une sortie en collectivité d'enfants. Au départ elle avait fixé le poids d'entrée minimal à trois kilos. Petit à petit, nous en sommes



venus à abandonner la référence au poids, pour nous concentrer sur le plan clinique sur les facteurs de vulnérabilité de l'enfant, dans une approche au cas par cas. Il y a aussi des logiques saisonnières : lorsqu'arrivent les bronchiolites ou les gastro, les bébés sont plus vulnérables, surtout les prématurés.

J'en arrive à la problématique de la psychiatrie. Certaines patientes souffrant de schizophrénie mais stabilisées seront capables de s'occuper de leur enfant et nous pouvons les accompagner dans ce chemin, mais d'autres seront trop dissociées pour cela tandis que nous ne pourrions offrir le cadre adéquat pour faire du soin. D'autres encore arriveront portées par l'idéalisation de l'équipe qui nous l'adresse et il est très important d'arriver à communiquer en cas de refus, pour apporter notre contribution à une logique de projet.

Concernant les addictions, nous ne sommes pas limités par la gravité d'une histoire avec le produit, mais plutôt par l'actualité de cette histoire. Cette maternité est motrice d'un changement pour cette femme, mais aussi et surtout d'une capacité à faire place à un autre, qui est l'enfant et pas la drogue. Nous raisonnons davantage comme cela plutôt qu'en stricts termes de consommation. Ce qui suppose une discussion sérieuse avec la patiente, car il est interdit de se droguer dans l'hôpital.

Il me vient à l'esprit l'histoire récente de cette femme qui vient d'avoir son quatrième enfant, les trois premiers ayant été placés. Elle a décidé de s'occuper de son dernier, qui est né prématuré et qui a été hospitalisé un mois dans la maternité de l'unité Mère Enfant. Transférée à l'HMEEP, cette patiente a dû repartir avec son bébé au bout de 48 heures, car cet espace ne lui convenait pas en ce qu'il ne permettait pas la poursuite simple de son addiction, tandis que son agressivité menaçait de se transformer en violences. Le placement immédiat ne se justifiait pas pour autant, d'où l'importance de voir dans quel contexte les gens vont atterrir.

L'entretien de pré-admission vise à établir un contrat de soins avec la personne, de façon à montrer qu'il est possible d'ouvrir des espaces par rapport à la relation à l'autre, à l'enfant mais aussi à l'équipe soignante.

### **Dr Catherine AGBOKOU**

Quid d'une très grosse consommatrice de cannabis, qui accepterait de faire de gros efforts mais qui continuerait de consommer, passant par exemple de 15 à 2 joints par jour ?

**Dr Jean EBERT**

Il y a aussi des patientes qui consomment sans que nous le sachions, mais nous finissons toujours par le savoir... Très clairement, il est interdit de consommer des drogues à l'hôpital, donc d'y fumer du cannabis. Concrètement, certaines sortiront tout simplement pour le faire, mais cela n'est pas en soi un critère pour moi. D'ailleurs l'équipe peine parfois à comprendre mes décisions sur le sujet de la consommation, mais il faut bien accompagner ces femmes pour qui il est impossible de devenir abstinentes. La question n'est pas celle de sa consommation, mais bien celle de sa capacité à s'occuper de son enfant dans une continuité, à investir une relation avec lui, à suivre le processus d'attachement, à reconnaître les besoins essentiels de l'enfant... J'ajouterai que tout cela est souvent plus facile pour celles qui fument régulièrement que pour celles qui boivent !

**Fanny THIERUS**, *assistante sociale, maternité Robert Debré*

Ma question porte sur les mamans qui n'ont pu être admises faute de couverture sociale : pour celles qui entretiennent un questionnement autour de l'arrivée de l'enfant, autour de la parentalité ou d'une éventuelle séparation à préparer, ne peut-on envisager une demande de prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance pour l'hospitalisation ?

**Dr Jean EBERT**

Oui, on pourrait en rêver... Cela suppose des préalables, surtout en termes de délais, mais cela pourrait être une piste de travail.

**Cécile PELTIER**, *éducatrice spécialisée au Dapsa*

L'HMEEP accueille les enfants jusqu'à l'âge d'un an et nous avons souvent à réfléchir au Dapsa sur des situations où il y a déjà un premier enfant très petit, avec l'arrivée d'une seconde grossesse dans un contexte familial difficile. Nous envisageons alors l'hospitalisation de la maman pour consolider les liens avec le bébé sans qu'il y ait de séparation avec le premier enfant. Comment considérez-vous la demande d'admission de ces familles qui sont de retour au domicile, sachant l'impact pour l'enfant d'une certaine coupure avec un environnement peut-être déjà soutenant au quotidien ?

**Dr Jean EBERT**

La qualité de l'entourage pour la mère comme pour l'enfant fait partie des critères d'admission examinés lors de l'entretien de pré-admission. Si la mère a besoin de soins pour

elle et si l'accueil est préjudiciable à l'enfant déjà âgé, on se tourne alors vers les partenaires. C'est arrivé peu souvent toutefois. Il y a des situations de crise qui surgissent parfois des mois après la naissance de l'enfant, et pour lesquelles on peut tout à fait intervenir, dans une temporalité qui n'est pas nécessairement longue.

**Béatrice MASSIGNON**, *psychologue, MDS Nemours*

Vous avez parlé du personnel soignant, mais qu'en est-il de la vie au quotidien de ces mères, du règlement intérieur ?

**Virginie HARAULT**

Pour répondre à la question sur le personnel autre que soignant, nous avons à l'HMEEP deux agents de service qui sont un peu des superintendantes, qui s'occupent du linge des patientes, qui font leurs lits avec elles... Comme dans tout hôpital, nous sous-traitons le ménage et les repas, qui sont pris en chambre. La raison en est d'une part qu'après observation au Vésinet, nous avons constaté que les repas collectifs étaient par trop conflictuels, et d'autre part que nous manquons du personnel nécessaire pour garder les enfants durant ce temps. Les patientes n'ont donc à gérer aucun des soucis du quotidien, et bénéficient d'espaces collectifs mis à leur disposition pour se retrouver avec ou sans bébé, en particulier un salon d'étage. Des temps communs sont également organisés : ateliers, goûters du soir, réunions de vie quotidienne, etc. Il y a même des sorties à l'extérieur organisées avec des éducatrices, là encore avec ou sans bébé.

Concernant le règlement, les principales contraintes sont de consacrer les matinées aux soins, et de revenir l'après-midi avant 18 heures pour celles qui ont le droit de sortir. Les temps de visite sont compris entre 13h30 et 19h30, tandis que le temps collectif s'arrête à 23 heures. Chacune doit alors être dans sa chambre. Le règlement exige en outre le respect des heures de repas et interdit que l'on rapporte de la nourriture de l'extérieur. Les enfants peuvent être confiés à l'équipe, soit de façon thérapeutique pour l'enfant, soit de façon thérapeutique pour la mère.

**Dr Marijo TABOADA**

L'HMEEP est donc bien un hôpital, il connaît les contraintes de la vie hospitalière...

**Marina SIMOVIC**, *psychologue, centre maternel « Accueil et vie », Montreuil*

Je m'occupe souvent de mamans adolescentes. L'HMEEP est-il en mesure d'accueillir les mères mineures ?

**Dr Jean EBERT**

Oui, les indications sont plurifactorielles et il ne s'agit pas seulement de considérer l'âge de la mère : il y a des contextes de vie très complexes et des troubles psycho-pathologiques dont il faut tenir compte. La plus jeune que nous avons accueillie avait 14 ans. Il y a plusieurs cas de figure pour les mineures. Certaines mères ont été classées en OPP, et pas le bébé. Quoi qu'il en soit, nous serons toujours soumis à cette logique de la responsabilité du mineur hospitalisé, soit du point de vue de l'aide sociale à l'enfance, soit du point de vue parental.

**Un intervenant dans la salle**

Après deux ans d'activité, quelle est votre expérience de la question de la continuité avec les équipes qui vous adressent les patientes et leurs bébés et qui sont susceptibles de poursuivre cet accompagnement pendant cette hospitalisation, voire après ?

**Dr Jean EBERT**

Nous travaillons dans une temporalité donnée. Force est de reconnaître que souvent on ne sait pas ce qui se passe après. Il serait pourtant intéressant de voir comment ce que l'on a mis en place tout doucement peut avoir une continuité en milieu extrahospitalier, sachant toutefois que la dimension « contenant » de l'hôpital n'a rien à voir avec ce qui se passe à l'extérieur. Cela va aussi avec la question de l'admission : plus on parviendra à tisser un lien relationnel professionnel avec les personnes qui s'occuperont de la patiente après, mieux on comprendra l'impact de l'hospitalisation.

**Dr Marijo TABOADA**

Pour certaines personnes qui ont des suivis antérieurs, quelle qu'en soit la raison, la question du passage à l'HMEEP suscite des réponses non-univoques. Dans certains cas, on peut penser que le séjour à l'hôpital Mère Enfant peut apparaître comme une sorte de bulle extratemporelle où les gens peuvent réfléchir à l'avènement de cette maternalité, tandis que dans d'autres situations il sera important de maintenir la continuité avec le suivi antérieur, d'où la nécessité de penser cette articulation.

### **Dr Jean EBERT**

C'est un questionnement récurrent en matière d'accompagnement. Quand un psychiatre ou un psychothérapeute est engagé dans un suivi parfois depuis plusieurs années, il peut tout aussi bien venir visiter sa patiente à l'hôpital, maintenir les rendez-vous à l'extérieur, ou encore interrompre la relation, mais alors cela ne sera pas de notre fait. Si nous nous posons toujours la question du meilleur travail à faire dans cette courte temporalité qui est la nôtre, c'est bien parce que nous sommes conscients de l'enjeu de la continuité.

Après sa sortie, que fera cette femme de ce qu'elle aura pu découvrir avec l'enfant pendant l'hospitalisation, comment ce dernier vivra-t-il le contraste si en même temps se délite cette dimension de préoccupation maternelle compte tenu des modalités de vie, ou tout simplement du fait de l'apparition soudaine du père ? Certains pères sont diabolisés et il faut lutter beaucoup pour leur faire une place, quand ils veulent la prendre, tandis que d'autres sont peu clairs et vont venir anéantir tout le travail qui a été fait.

Cette question de la continuité se pose donc à de multiples niveaux, pas seulement en termes de réseau et de travail d'équipe.

### **Une intervenante dans la salle**

En postnatal, les indications d'entrée sont-elles toujours essentiellement du fait de la mère ou bien peuvent-elles aussi être du fait d'une symptomatologie chez le nourrisson ?

### **Dr Jean EBERT**

Il y a des enfants qui vont mal, et cela suffit pour que ce soit une indication. Lorsqu'un enfant souffre, cela a un impact sur la relation avec la mère. Parce qu'elle se trouve démunie face à cette souffrance, il importe qu'elle puisse être aidée à dépasser cette limitation créée par la maladie de son bébé, de façon à investir sa fonction maternelle. Elle lui administrera ensuite les soins, d'où une logique d'éducation à la santé.

### **Dr Marijo TABOADA**

Nous avons malheureusement dépassé le temps qui nous était imparti et il me faut clore maintenant ce chantier. Merci à toutes et à tous pour votre présence et votre participation. Notre prochain rendez-vous, relatif à la question de la sortie, est prévu avant la fin de l'année.