

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°31

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

Par

Anne GUYONNET-GREAU

Née le 4 Novembre 1972 à Evreux

Présentée et soutenue publiquement le 22 Juin 2004

**Evaluation d'un travail de prévention médico-sociale en périnatalité au sein
d'une maternité de proximité. (Exemple de la maternité d'Ancenis)**

Président : Monsieur le professeur M. AMAR

Directeur de thèse : Monsieur le docteur G. PICHEROT

Introduction Générale.....	6
Cadre Théorique.....	8
I- Introduction	8
II- La maltraitance.....	8
II-1 Bref rappel historique	8
II-2 Epidémiologie.....	9
III- Historique des préoccupations des décideurs	11
III-1 Rappel sur l'historique de la PMI	11
III-2 Sur un plan judiciaire	13
III-3 En terme de santé publique	13
IV- Etat des lieux des connaissances	15
IV-1 Introduction	15
IV-2 Bases psychologiques.....	16
IV-3 Facteurs de risque de dysfonctionnement relationnel précoce et de vulnérabilité parentale	19
V- La prévention	31
VI- Conclusion.....	36
Présentation du site	38
I- Introduction	38
II Le pays d'Ancenis.....	38
III La maternité	39
III-1 Présentation	39
III-1-1- L'hôpital d'Ancenis.....	39
III-1-2 Le réseau sanitaire	41
a). Historique.....	41
b). Les différents niveaux de soins périnataux.....	41
c). Quelques chiffres en Pays de la Loire.....	42
III-2 Description	43
III-2-1 Moyens à disposition	43
a). Locaux.....	43
b). Effectifs et organisation	43
(1) Personnel paramédical	43
(2) Personnel médical.....	44
(3) Liens avec le Centre Médico-Psychologique de secteur	45
III-2-2 L'activité.....	45
a). Nombre d'accouchements	45
b). Les mères	46
c). L'accouchement	47
d). Le bébé.....	48
III-3 La prise en charge sociale	48
III-3-1 Cadre législatif.....	48
III-3-2 Le secteur social d'Ancenis.....	49

IV Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)	51
IV-1 Missions.....	51
IV-2 Effectifs et organisation du secteur d’Ancenis.....	52
IV-2-1 Introduction	52
IV-2-2 Coordination entre les différents acteurs.....	54
IV-3 Le Centre Nantais de la Parentalité (CNP).....	55
IV-3-1 Introduction	55
IV-3-2 Effectifs	56
IV-3-3 Organisation	56
IV-3-4 Indications	57
Présentation de l’étude	59
I Introduction.....	59
II La réflexion.	59
II-1 Prise de conscience de difficultés de fonctionnement.....	59
II-2 Bilan.....	60
II-3 Réorganisation	61
II-4 La charte de partenariat.....	62
III L’étude	64
III-1 Descriptif.....	64
III-1-1 Démographie	64
III-1-2 Suivi de la grossesse à la maternité	66
III-1-3 L’accouchement.....	67
III-2 Nature des interventions réalisées par l’assistante sociale.....	68
III-2-1 Intervention en anténatal	68
a). Intervention d’une aide ménagère à domicile	69
b) Intervention pour le passage d’une travailleuse familiale.....	69
c). Suivi PMI	69
III-2-2 Intervention en suites de couches	70
a). Dans le cadre de la PASS	70
(1) Organisation du seul passage d’aide-ménagère (sans suivi PMI) :	70
(2) Ouverture de droits sociaux, difficultés administratives :	71
(3) Suivi PMI.....	71
(a) Groupe des adultes handicapées.	71
(b) Précarité sociale.....	73
b). Suivi de type « maternité »	75
(1) Régularisation d’hospitalisation	75
(2) Organisation du retour à domicile	76
(3) Suivi PMI.....	76
III-3 Réflexion autour de l’étude.....	77
III-3-1 L’étude en quelques chiffres.....	78
III-3-2 Quels facteurs de risque présentent les familles ?	80
a). Précarité.....	80
b). Déficience mentale.....	81
c). Absence de déclaration de grossesse.....	81
d). Ages extrêmes et multiparité	82
e). Grossesse et adolescence.....	82
f). Grossesse et toxicomanie.....	82
g). Population nomade.....	82

III-3-3 Mise en échec du repérage ?	83
Discussion Générale	85
I Bilan après 3 années de recul	85
I-1 Evolution de l'activité du secteur social à la maternité sur trois années.....	85
I-2 Rapport d'activité de 2003 du réseau de périnatalité	85
I-2-1 Bilan	86
I-2-2 Répartition des femmes selon le type de démarche, l'âge et la parité.	87
I-2-3 Evolutions à la maternité.....	87
II Réflexion	88
II-1 Forces et faiblesses des acteurs.....	88
II-2 Difficultés spécifiques rencontrées	90
II-2-1 La prise en charge des déficients mentaux	90
a). Remarques.....	90
b). Organisation à Châteaubriant.....	91
c). Discussion	93
II-2-2 Prise en charge des familles connues des services sociaux	96
a). À propos du cas princeps	96
b). Discussion	96
II-3 Les autres failles du système	100
III Proposition d'un plan de soins guide.	102
Conclusion	107
Bibliographie	109
Liste des abréviations utilisées :	113

« La mère et son bébé ont moins besoin de conseils que d'un environnement qui encourage la mère à avoir confiance en elle... On peut aider à mieux faire les mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons, il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche »

D.W.Winnicott in « Le bébé et sa mère », Paris, Payot, 1992

Introduction Générale

La maltraitance infantile est un sujet particulièrement sensible dont la lisibilité s'est accrue au cours des dernières décennies, jusqu'à faire régulièrement désormais les gros titres de la presse. Elle touche tous les niveaux socio-économiques de notre civilisation occidentale et heurte la sensibilité de chacun au plus profond. Les spécialistes de l'enfance, pédiatres, pédopsychiatres ou chirurgiens infantiles, y sont régulièrement confrontés et ont dû inventer des prises en charge spécifiques à ces situations. Une fois passé le stade d'écoeurement et de révolte, est venu le temps de l'organisation et de la réflexion sur les moyens de répondre à cette pathologie des relations parents-enfants. Comme pour bien d'autres domaines en médecine, le meilleur des traitements reste la prévention.

Au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, la psychiatrie s'est attachée à décrypter les sources des liens qui unissent une mère à son enfant, aidée en cela par la psychanalyse. La sensibilité particulière de la femme pendant la grossesse ainsi que ses interactions avec le bébé ont été décrites. Peu à peu est apparue une nouvelle discipline, la pédopsychiatrie, aux confins de la psychiatrie et de la pédiatrie, qui a vu sa spécificité reconnue dans le domaine de la prise en charge des dysfonctionnements précoces du lien mère-enfant. Parallèlement, des programmes de recherche ont mis en exergue différents indicateurs propres aux parents maltraitants, liés à l'environnement social ou économique, aux antécédents psychologiques, obstétricaux ou familiaux de la femme, mais aussi au bébé ou au déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Dans le même temps les équipes ont appris à se sensibiliser à la sémiologie des interactions materno-infantiles en périnatalité, et à en déceler les anomalies. Dès lors, s'appuyant sur ces connaissances théoriques et cliniques, les responsables de la petite enfance préconisent une organisation poly-institutionnelle et pluridisciplinaire de la prise en charge, à visée préventive.

Notre propos est de présenter tout d'abord les bases psychologiques et scientifiques de cette réflexion centrée sur la prévention de la maltraitance dès la périnatalité, avant d'aborder dans une deuxième partie l'étude d'un intéressant travail de prévention médico-sociale mené sur le terrain à Ancenis, au sein d'une maternité de petite taille de Loire-Atlantique. A partir

du cas princeps qui a mené les équipes de l'hôpital et du service de PMI à s'interroger sur leurs pratiques, nous décrirons quelle organisation a été retenue afin de tenter d'améliorer la prise en charge médico-psycho-sociale des femmes les plus en difficulté. Dans un troisième temps, nous analyserons les interventions effectuées à la maternité par l'assistante sociale pendant une année auprès de certaines femmes, la nature du suivi réalisé par les personnels de PMI, et leur évolution sur trois ans. Pour finir nous discuterons de la réussite du travail réalisé, en dégagant les principaux obstacles auxquelles les équipes sont confrontées et les points qui nécessiteraient un approfondissement de la réflexion, dans les limites bien évidemment des contraintes de moyens qui sont les leurs.

Cadre Théorique

I- Introduction

Cette thèse a pour objet la prévention de la maltraitance en périnatalité. Dans ce cadre théorique, nous allons tout d'abord rappeler des éléments d'épidémiologie et de définitions de la maltraitance.

Dans un second temps, nous pourrions décrire l'évolution de la réflexion sur la périnatalité en santé publique et chez les professionnels concernés au cours des 50 dernières années.

Enfin, nous verrons comment les avancées des connaissances ont permis d'élaborer des orientations pour des stratégies de prévention, reposant sur une démarche de prise en charge psychologique, en ayant à l'esprit une possibilité d'aide au repérage des familles par des indicateurs de risque.

II- La maltraitance

II-1 Bref rappel historique

Les sévices à enfant ne sont pas propres au vingtième siècle ou à nos sociétés occidentales ; ils font au contraire partie de l'histoire de l'humanité et des civilisations. On citera par exemple les infanticides de nouveaux-nés de sexe féminin dans certains pays asiatiques, l'élimination au fil des siècles des enfants anormaux ou illégitimes, l'abandon, la prostitution ou la mutilation en période de grande pauvreté quel que soit le siècle et sur l'ensemble des continents. La littérature bien souvent s'en est fait l'écho...Le relais actuellement est pris par les médias qui portent à la conscience collective tel ou tel fait divers en cours de jugement ; ils sont utilisés également par les pouvoirs publics pour des campagnes de sensibilisation, dans le but de briser les tabous longtemps associés à la maltraitance et d'informer les témoins ou les victimes sur les recours et les démarches envisageables, en diffusant par exemple des numéros de téléphone utilisables dans ce contexte.

On a ainsi l'impression que les situations de maltraitements sont plus fréquentes. Qu'en est-il réellement ?

II-2 Epidémiologie

Les signalements d'enfants en danger :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Enfants maltraités	17 000	20 000	21 000	19 000	18 500	18 300	18 400	18 500
Enfants en risque	41 000	45 000	49 000	53 000	55 000	65 500	66 600	67 500
Total Enfants en danger	58 000	65 000	70 000	72 000	73 500	83 400	85 000	86 000

Signalement = mesure qui consiste à signaler par un document écrit à l'autorité de tutelle (*en général le Procureur de la République*) tout soupçon ou constat de maltraitance.

Source : ODAS (Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée), laboratoire qui dispose d'un mode de recueil particulier et n'est pas la seule source statistique en matière de maltraitance.

Nature de la maltraitance :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Violences physiques	7 000	7 500	7 700	8 200	8 100	6 600	5 800	5 600
Abus sexuels	3 500	4 000	4 200	4 500	4 800	5 500	5 600	5 900
Négligences graves Violences psychologiques	7 500	7 800	7 900	7 400	6 700	5 300	5 500	7 000

Saisines judiciaires :

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Saisines judiciaires	36 000	42 000	47 000	49 000	47 500	48 250	48 750	49 000

Définitions :

- **Enfants en danger** : ensemble des enfants maltraités et des enfants en risques.

- **Enfant maltraité** : qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique.
- **Enfant en risque** : qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien mais qui n'est pas pour autant maltraité. (Sources : la lettre de l'ODAS, nov. 97.)
- « **Maltraiter un enfant**, ce n'est pas seulement lui faire subir des violences physiques (gifles, coups, blessures diverses), sexuelles ou psychologiques (cris, insultes, humiliations, propos dévalorisants, terreurs) ; c'est aussi ignorer son existence, négliger ses besoins affectifs ou psychologiques, lui imposer des rythmes et des limites disproportionnés par rapport à la réalité ou à ce qu'il est en mesure de comprendre en raison de son âge ou de sa maturité. Toute atteinte à l'intégrité et à la dignité de l'enfant, quel qu'en soit le degré, en déstabilisant son sentiment de sécurité, son bien-être physique, psychologique ou mental, retarde son évolution et son intégration comme enfant et futur adulte dans la société. »
(Source : ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Groupe permanent interministériel pour l'enfance maltraitée).

Les hospitalisations ayant pour origine une maltraitance représentent entre 1% et 2% des hospitalisations, les trois quarts ont moins de trois ans, la moitié moins d'un an. Le plus souvent, les lésions sont de l'ordre de la pathologie traumatique, il peut s'agir également de retard psychomoteur, de retard staturo-pondéral ou encore de troubles du comportement. La moitié des enfants maltraités a moins de 6 mois. Les trois quarts des décès observés le sont chez des enfants d'âge préscolaire, souvent avant deux ans.

Le nombre d'enfants en danger en France ne cesse d'augmenter d'après ODAS. Certains auteurs cependant, dont Salter (1992), qui s'est penché plus particulièrement sur les abus sexuels, estiment qu'il n'y a pas de différence significative entre plusieurs générations interrogées sur des abus sexuels éventuellement subis dans l'enfance. D'autres affirment que les chiffres actuels correspondent sans doute à une sous-estimation...

Cette augmentation pourrait être en partie liée à un meilleur repérage des enfants en danger, du fait d'une visibilité accrue depuis une quinzaine d'années, par une médiatisation importante. Mais l'ODAS souligne également que « la persistance de la crise sociale et l'émergence d'une crise identitaire » fragilisent les familles, c'est-à-dire que les conditions socio-économiques persistantes font le lit des situations à risque de maltraitance du fait de la précarité des familles. Il faut toutefois garder à l'esprit que ce seul critère ne doit pas attirer la suspicion sur l'ensemble des familles concernées et que bien souvent c'est une association de facteurs qui peut faire basculer un adulte dans la maltraitance.

La maltraitance est présentée désormais comme un enjeu de santé publique, qui mobilise les individus, les médias, les associations. Nous allons voir que sur le terrain, parmi les professionnels de l'enfance, ces dernières décennies ont vu l'émergence d'une prise de conscience majeure.

III- Historique des préoccupations des décideurs

La période de la périnatalité (par définition de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée au 7^{ème} jour de vie) est actuellement particulièrement prise en compte par nos dirigeants ; elle fait ainsi l'objet de puis 1988 d'une réflexion spécifique de la part des professionnels de santé au sein de commissions réunies sous l'égide du ministère de la santé, qui est également à l'origine du plan Périnatalité défini en 1994. Par ailleurs l'accompagnement de la périnatalité fait partie des missions des services de Protection Maternelle et Infantile (PMI), donc sous la responsabilité des Conseils Généraux.

Mais avant que la périnatalité ne puisse être abordée en tant qu'enjeu de santé publique et que ne soit évoquée la notion de prévention, d'autres objectifs ont dû être fixés, tels que la diminution de la mortalité ou de la morbidité infantile.

III-1 Rappel sur l'historique de la PMI

Au sortir de la seconde guerre mondiale, émerge en France la volonté politique de développer un véritable système de protection de la mère et de l'enfant. Celle-ci s'appuie sur un impératif démographique (mortalité générale supérieure à la natalité), et sur le constat d'un

retard structurel, reconnu d'ailleurs avant la guerre, par rapport à ce qui existe déjà dans les pays voisins.

A partir de novembre 1944, le gouvernement s'attelle donc à la mise en place d'un dispositif cohérent sur les plans sanitaire et social. C'est ainsi que voient le jour successivement :

- l'ordonnance du 4 octobre 1945 sur l'organisation de la Sécurité sociale,
- l'ordonnance du 18 octobre 1945 sur l'organisation du service national d'hygiène scolaire et universitaire,
- l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la Protection Maternelle et Infantile,
- la loi du 22 août 1946 sur les prestations familiales.

L'ordonnance du 2 novembre 1945 a pour conséquence, d'une part, au niveau individuel, la mise en place d'un système de protection sanitaire pour toute femme enceinte ou ayant accouché, avec surveillance régulière, gratuite et obligatoire, et pour les enfants de 0 à 6 ans, la création du carnet de santé. D'autre part, au niveau départemental, obligation d'organiser un service de PMI, l'Etat prenant en charge 83% des dépenses occasionnées de ce fait.

En 1945, l'objectif est clairement démographique, avec la nécessité de lutter contre la mortalité. Par la suite, celle-ci cède le pas et fait place à la prévention de la morbidité, dans les années 60.

Dans les années 70, la mortalité infantile ayant bénéficié de l'amélioration du contexte social et économique et des progrès réalisés en médecine, on s'oriente plutôt vers la lutte contre la mortalité périnatale. Un programme de périnatalité et de lutte contre les causes précoces de handicap voit ainsi le jour, visant à diminuer le nombre d'accouchements prématurés, d'hypotrophies fœtales et de souffrances cérébrales à la naissance. Les premiers postes de sage-femme de PMI sont alors créés.

Dans le domaine du handicap apparaissent les Centres d'Action Médico-Sociale Précoces (CAMSP) réservés aux enfants de 0 à 6 ans.

En santé publique, la PMI joue un rôle majeur: enregistrer les certificats de santé, les déclarations de grossesses et de naissances.

De plus, suite à la loi Neuwirth de 1967 et dans un but d'éducation familiale et de régulation des naissances, les services de PMI sont, depuis 1975, tenus de mettre en place des

centres de planification, pour une éducation à la sexualité, l'accès à la maîtrise de la fécondité et la prévention des MST (maladies sexuellement transmissibles).

Les années 80 enfin mettent l'accent sur la notion de promotion de la santé familiale et des enfants.

La loi de 1986 définit plus précisément la finalité de l'ASE : « apporter un soutien matériel, éducatif, psychologique aux mineurs et à leurs familles confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ».

Sur le plan administratif la décentralisation redistribue les compétences du service public au niveau des collectivités territoriales, par la Loi du 18 décembre 1989 relative à la Protection et la Promotion de la Santé de la Famille et de l'Enfance. Les trois services chargés de la protection sociale (Service d'Action Sociale Globale et de Proximité, PMI et Aide Sociale à l'Enfance) se retrouvent sous la même autorité, celle du Conseil Général.

III-2 Sur un plan judiciaire

L'ordonnance du 22 décembre 1958 accorde à l'organisation judiciaire le droit d'exiger des mesures d'assistance éducative.

Le décret du 7 janvier 1959 introduit la notion **d'action sociale préventive** auprès des familles « dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants », la justice devant être saisie dans les cas relevant d'assistance éducative.

La loi de juillet 1989 enfin reprecise des notions telles que « enfant maltraité », « enfant en danger » ou « enfant présumé être victime de mauvais traitements », ainsi que les modes d'articulation obligatoire du secteur médico-social avec l'autorité judiciaire.

III-3 En terme de santé publique

Se pencher sur la périnatalité est d'actualité aujourd'hui en France mais c'est avant tout une nécessité. La prise de conscience a eu lieu dans les années 80 d'un certain retard français par rapport aux pays d'Europe du Nord en ce qui concerne les grands indicateurs de santé publique. Pour un Produit National Brut comparable, avec un meilleur accès à la formation des femmes, le taux de mortalité périnatale est plus important. (La mortalité

périnatale est la somme des décès d'enfants avant le septième jour et des enfants mort-nés, rapportée à la somme des mort-nés et des nés vivants.)

Afin d'effectuer un état des lieux précis avec recueil d'indicateurs de santé pour mieux caractériser la population et son évolution sur un plan démographique et social, sont mises en œuvre d'une part des enquêtes nationales périnatales, ponctuelles et régulières, d'autre part des Commissions Consultatives de la Naissance créées suite à la circulaire du 5 mai 1988, puis rebaptisées Commissions Régionales de la Naissance par arrêté du 8 janvier 1999. Ces commissions ont pour but « de veiller à la coordination du travail entre les différents acteurs pour améliorer la prise en charge optimale des femmes pendant toute la durée de la grossesse, au moment de la naissance et lors de leur retour à domicile, [mais également d'assurer] un rôle d'expertise dans l'élaboration du volet périnatal des SROSS » (extrait de l'allocution du ministre délégué à la santé Bernard Kouchner lors de l'ouverture de la journée nationale des CRN, le 31 janvier 2002). Ces commissions sont pluridisciplinaires et regroupent gynéco-obstétriciens, pédiatres, néonatalogistes, pédopsychiatres, mais aussi des médecins généralistes, des sages-femmes exerçant en libéral ou en PMI, des assistants sociaux etc.

En 1992, une circulaire ministérielle est consacrée à la pédopsychiatrie et évoque la nécessité d'ouvrir à titre expérimental des unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant marquant ainsi la reconnaissance d'une discipline nouvelle, la psychiatrie périnatale.

En 1999, le SROS de Psychiatrie des Pays de la Loire met l'accent sur le diagnostic précoce des troubles de la relation mère-enfant et préconise la mise en place de telles unités.

Cette prise de conscience aux différents niveaux décisionnels des difficultés particulières à cette période de la périnatalité, qui rendent nécessaire la collaboration de tous les professionnels concernés est dans la lignée des recherches menées dans ce domaine. Là encore, une importante évolution a permis de passer de la description du phénomène de maltraitance à la réflexion sur les moyens de la prendre en charge, mais aussi de la prévenir.

IV- Etat des lieux des connaissances

IV-1 Introduction

Dans un article portant sur l'évolution de la notion de maltraitance, C Mignot relate que l'un des tous premiers travaux daté de 1860 porte sur 339 cas de petites filles victimes d'inceste. Moins anecdotique est l'étude de Silvermann qui décrit en 1953 la sémiologie radiologique des lésions traumatiques pouvant faire suspecter des mauvais traitements. Puis en 1962 le pédiatre Kempe publie « le syndrome de l'enfant battu » en collaboration avec ce même Silvermann et le pédopsychiatre Steele. En France, les publications importantes apparaissent en 1965 quand Straus et Deschamps présentent une enquête sur la maltraitance infantile, puis en 1972 avec Manciaux qui réfléchit tout particulièrement sur la notion de besoins du nouveau-né. Cette seconde moitié du vingtième siècle voit s'amorcer la convergence des préoccupations des professionnels de l'enfance, qu'ils soient pédiatres, obstétriciens, néonatalogistes ou pédopsychiatres, autour de la période de la périnatalité, rassemblés par des techniques sources d'angoisse (procréation médicalement assistée, diagnostic anténatal, très grande prématurité en réanimation néonatale...). On assiste par ailleurs à une évolution des connaissances sur les interactions mère-enfant et les compétences du bébé, en particulier par les avancées de la psychanalyse. Il s'en suit un meilleur repérage clinique, tant du côté maternel que de celui du bébé, d'éventuelles difficultés psychopathologiques. En quelques dizaines d'années est née une spécialité : la pédopsychiatrie.

Depuis les années 80 est disponible un florilège d'études qui analysent les facteurs de risque de maltraitance et tentent d'en proposer des stratégies de prévention. Des orientations complémentaires sont ainsi avancées: d'une part l'utilisation de grilles de facteurs de risque qui aident à repérer les familles nécessitant une prise en charge particulière, dans le cadre d'une prévention secondaire, d'autre part une approche d'accompagnement psychologique, utilisable à tout niveau de la prévention, basée sur l'évolution des connaissances en matière de pédopsychiatrie, qui permettent de mieux cerner les conditions nocives à l'établissement d'un lien parent-enfant de qualité. Dans ce domaine est reconnue depuis les années 90 la notion de psychiatrie périnatale, (dont le premier congrès s'est tenu en 1996), et même de psychiatrie fœtale (Golse, 1996)

Si l'on souhaite exercer une action de prévention, il convient de rechercher les causes du problème, définir la population concernée, la période et les modalités d'intervention. En matière de maltraitance, il semble que la femme pendant sa grossesse soit la réponse à nombre de ces questions : le problème est un trouble de la relation précoce mère-enfant (ou père-enfant), qui peut prendre sa source au moment de la grossesse du fait des profonds remaniements psychologiques en cours. La population concernée est représentée par la femme enceinte et/ou son conjoint car ces neuf mois offrent une disponibilité psychologique particulière qui favorise les prises en charge psychologiques. Quant aux modalités de prévention, l'ensemble des auteurs reconnaît l'utilité d'un étayage professionnel très varié, utilisant les ressources des nombreux interlocuteurs qui gravitent autour de la femme enceinte et s'appuyant entre autres sur les services de PMI et de la pédopsychiatrie.

Nous allons résumer dans un premier temps les bases psychologiques de la réflexion, puis nous préciserons quels sont les indicateurs de risque de maltraitance ultérieure et de vulnérabilité parentale, avant d'aborder le thème de la prévention

IV-2 Bases psychologiques

Les statistiques en matière de maltraitance démontrent l'importance de la prévalence des mauvais traitements chez les enfants de moins de un an. Il s'agit par conséquent de dysfonctionnements du lien parent-enfant extrêmement précoces qu'il faut s'attacher à détecter au plus tôt si l'on veut aider le couple à progresser dans l'investissement de son enfant.

Or la période de la grossesse offre à la femme des possibilités d'accessibilité à des niveaux de sensibilité et d'affectivité inhabituels dont les professionnels doivent savoir tirer profit, en sachant que le père subit également des remaniements psychologiques du fait de son accession prochaine à la paternité. La prévention des troubles de l'attachement peut donc se réaliser au mieux en périnatalité, avant que ne s'installent des troubles trop profonds en lien avec des conflits psychologiques non réglés.

La grossesse est un moment exceptionnel dans la vie d'une femme, du fait des intenses bouleversements biologiques, hormonaux, physiques et psychologiques qui s'y jouent. C'est une période de vulnérabilité extrême où remonte au niveau du conscient ce qui est

habituellement refoulé par des mécanismes de défense psychique : peurs, frustrations, souvenirs ou traumatismes. La femme enceinte est perméable à ses mouvements intérieurs mais aussi aux relations extérieures. Cet état de sensibilité accrue qui se développe graduellement au cours de la grossesse et est perceptible dès les premières semaines, dénommé **transparence psychique** par M.Bydlowski (Psychiatrie infantile prénatale, 1995), se traduit par un abaissement du seuil de perméabilité à l'inconscient et au préconscient. Celle-ci rapporte que si l'on interroge les femmes enceintes, on s'aperçoit qu'elles établissent des « corrélations entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles dont elles sont envahies ». En entretien, les thèmes abordés ne sont pas tant l'enfant imaginaire que des éléments relatifs à leur propre enfance et plus particulièrement à leur mère. Après l'accouchement, on sait qu'elles auront à faire le deuil de cet enfant imaginaire et fantasmatique, confronté à l'enfant réel, ce qui peut représenter une épreuve déstabilisante pour certaines.

L'image maternelle réapparaît de manière prépondérante chez la femme enceinte, qui peut d'autant plus facilement accéder à son nouveau statut de mère qu'il lui a été beaucoup donné par la sienne dans son enfance. On retrouve ici le concept winnicottien de « mère suffisamment bonne » : pour un développement affectif, physique et psychique harmonieux un bébé a besoin des soins de sa mère, d'investissement, de tendresse et d'amour. Une mère qui a souffert dans son enfance d'une carence de soins maternels peut se retrouver à l'âge adulte dans une situation de défaut d'estime, de doute quant à ses capacités à élever un enfant, à donner et recevoir de l'amour. Cette figure maternelle qui marque profondément le psychisme de la petite fille devient ensuite un repère lorsque celle-ci à son tour porte un enfant, repère que la jeune mère doit être en mesure de critiquer et dont elle doit apprendre à se détacher, résolvant ainsi son problème de dépendance à la figure maternelle.

De par ce nécessaire positionnement pour l'accession au statut de mère, la grossesse est un moment charnière dans l'histoire de la femme, qui marque son passage à un niveau de maturation adulte, par une réorganisation plus ou moins difficile de son identité psychique. Dans des situations de vulnérabilité maternelle (histoire familiale difficile par exemple), il existe chez certaines une inhibition de ces mécanismes, une incapacité à laisser se développer cet état particulier, « résultat des carences et des traumatismes vécus dans leur propre enfance- le résultat de ce qui ne leur a pas été transmis à l'intérieur d'une relation privilégiée avec une ou quelques figures significatives » (Gauthier 1996).

Après la naissance, la mère bénéficie toujours de cet état particulier qui lui permet « une interrelation très étroite entre le psychisme de l'enfant et son psychisme remanié par la

grossesse et la naissance » (Golse). Winnicott (1969) a quant à lui parlé de « préoccupation maternelle primaire », terme étendu par la suite aux deux parents par la notion de parentalité. L'unité originelle physique et psychique qui englobe la mère et son enfant pendant la grossesse se continue après l'accouchement, favorisant une communication implicite qui s'effectue à travers les regards, les mots, les intonations, les soins ou les caresses, autant d'échanges extra-verbaux qui sont nécessaires à l'enfant mais aussi à la mère. La femme accède à son statut de mère dans le regard de son enfant qui la cherche et la reconnaît ; l'enfant existe parce qu'il est regardé et reconnu par sa mère comme sujet et non objet. C'est le rôle de **miroir** joué par le visage maternel, évoqué par Winnicott (1971).

Ce domaine des **interactions** a fait l'objet de nombreux travaux, donnant lieu à des descriptions détaillées des comportements maternels et des nourrissons, véritable communication permettant un épanouissement réciproque ; véritable livre aussi, pour qui sait les observer, et donc riche d'enseignement en cas de dysharmonie.

Ainsi pour Lebovici, trois niveaux sont à différencier : les interactions comportementales (manière dont le comportement de l'enfant et de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre) ; les interactions affectives (l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère) ; les interactions fantasmatisques (l'influence réciproque du déroulement de leur vie psychique).

Dans le domaine des interactions corporelles, Winnicott en 1969 introduit les notions de « handing » et de « holding », décrivant la façon dont l'enfant est manipulé et tenu par sa mère, qui peut être révélatrice d'un dysfonctionnement dyadique.

En ce qui concerne l'étude des comportements, rappelons la théorie de l'attachement soutenue par Bolwby (1982) et la description par Ainsworth (1978) des différents patterns d'attachement, avec trois types de comportements d'enfants (observés dans leurs rapports avec leur mère) : l'attachement sûr (« secure »), compatible avec un développement sain, dans lequel l'individu s'autorise à explorer son univers car il sait que son parent répondra où l'aidera dans des situations adverses ou dangereuses ; l'attachement angoissé résistant, où il n'est pas certain que son parent sera disponible ; l'attachement angoissé évitant dans lequel l'enfant n'a aucune confiance et s'attend au contraire à être repoussé. Sans aller jusqu'à une maltraitance physique ou une cruauté psychologique, ces deux derniers types d'attachement peuvent faire le lit de troubles du comportement ou de la personnalité futurs ; à ce titre il nous semble judicieux de rappeler que maltraiter un enfant c'est aussi, par définition, « négliger ses besoins affectifs et psychologiques ».

Pour terminer cette liste non exhaustive, citons encore Brazelton qui publie en 1973 une échelle psychologique applicable au nouveau-né de trois jours à trois mois, utilisable pour évaluer les capacités de l'enfant « selon des dimensions en rapport avec sa capacité à développer des relations sociales » (Neonatal Behavioral Assessment Scale).

La reconnaissance et l'étude des comportements et de ces interactions est possible dans la mesure où l'on admet désormais que le fœtus puis le nouveau-né dispose de réelles capacités, qui sont sensorielles avant tout : ébauche olfactive à quatre semaines, audition et sensibilité cutanée développées in utero, faculté de reconnaître sa mère par la voix et par l'odeur dès les premiers jours...Après la naissance s'effectue une continuité pré/postnatale qui assure une progression de ces facultés, par l'intermédiaire des interactions développées avec l'environnement, et principalement la mère.

Pour finir, et toujours dans le sens de cette continuité, évoquons le thème de la **naissance psychique** du bébé qui, d'une totalité biologique prénatale accède à une totalité symbolique, représentée par le visage de la mère (Delassus, 1998). Si celle-ci n'est pas en situation d'assumer non seulement les soins, mais surtout cet accueil relationnel, sensoriel et psychique de l'enfant, l'auteur affirme qu'elle n'est pas en mesure d'en assurer la naissance psychique.« La difficulté maternelle, ce sera d'abord le défaut de visage, de cette terre psychologique natale ». Il propose alors, pour détecter une souffrance maternelle, de passer par l'observation de l'enfant, et de son comportement (particulièrement au moment de l'allaitement).

Ainsi la pédopsychiatrie accorde à l'observation des interactions parents-enfant et des comportements infantiles une place prépondérante, afin de mettre en évidence des troubles du lien précoces. Quelles circonstances peuvent être à l'origine de tels dysfonctionnements ?

IV-3 Facteurs de risque de dysfonctionnement relationnel précoce et de vulnérabilité parentale

Rappelons la **définition de l'OMS des facteurs de risque** : « Toute caractéristique ou toute circonstance déterminable, attachée à une personne ou à un groupe de personnes et dont on sait qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus morbide ou d'exposition spéciale à un tel processus ».

Afin de mettre en exergue des facteurs de risque de maltraitance, nombre de chercheurs ont réalisé des études rétrospectives, à partir de familles suivies par les services sociaux, dans le but d'en étudier les antécédents. Ainsi Diquelou en 1996 publie une étude dont la première partie porte sur l'analyse rétrospective de 2198 dossiers de femmes ayant accouché à la maternité de Draguignan, parmi lesquels sont relevés 39 cas de maltraitance (la deuxième étudiant l'intérêt d'un programme de prévention de façon prospective). A partir de ce travail est élaboré un indice de risque de mauvais traitements dont la validité est vérifiée statistiquement, qui fait ressortir 9 items particulièrement rencontrés dans les familles concernées.

Indice de risque de mauvais traitements (IRMT). JY Diquelou

Critère 1 : Age maternel (inférieur à 18 ans, grossesse chez une mineure)

Critère 2 : Antécédents parentaux de maltraitance (grossesse survenue chez une femme dont elle-même ou le géniteur ont eu à subir des mauvais traitements dans l'enfance, physiques et/ou psychiques)

Critère 3 : Antécédent de maltraitance d'un membre de la fratrie (Mesure de protection de l'enfance ayant été prise pour des mauvais traitements d'un ou plusieurs membres de la fratrie de l'enfant à naître)

Critère 4 : Pathologie affective parentale (Couple en cours de divorce pendant la grossesse. « Conjugopathie »)

Critère 5 : Conditions socio-économiques défavorables (Chômage, RMI, exclusion, prostitution, logement défaillant)

Critère 6 : Antécédents psychiatriques parentaux (Affection psychiatrique reconnue et prise en charge ou non prise en charge en cours de grossesse ou au décours de l'accouchement)

Critère 7 : Grossesses multiples (Grossesse gémellaire ou plus, trouble de la représentation d'un ou des deux jumeaux)

Critère 8 : Pathologies obstétricales (Hospitalisation prolongée ; Accouchement prématuré. Complications chirurgicales de la grossesse et/ou de l'accouchement. Retard de croissance in utero.)

Critère 9 : Le déni de grossesse. (Grossesse passée inaperçue, déclarations tardives plus ou moins volontaires, IVG envisagée non menée à terme, grossesse non suivie, non-respect des conseils obstétricaux)

L'ensemble des facteurs de l'IRMT est retrouvé dans toutes les études, avec cependant des variations dans les résultats concernant l'importance accordée à chaque item. Ainsi, en 1985, Bernier et al. réalisent une enquête portant sur 75 cas d'enfants de moins de 5 ans, victimes de sévices. Les antécédents alors mis en évidence sont les situations de carence affective familiale dans l'enfance des parents, ainsi que le jeune âge de la mère, l'absence de

désir de grossesse et, critère retrouvé à 45%, la prématurité avec la séparation précoce et la difficulté de réalisation de l'attachement à l'enfant qu'elle implique. La même année, Job-Spira, Lamour et Lebovici organisent une recherche-action portant sur la prévention de la maltraitance qui met en exergue un facteur de risque auquel ils ne s'attendaient pas : l'existence d'un « foyer grand-parental dissocié », c'est-à-dire l'existence d'une discontinuité dans l'histoire familiale d'un des parents.

On peut encore élargir les facteurs de risque à d'autres éléments : l'étude de S. Halpérin et C. Chamay, (1995), propose ainsi à l'issue d'une revue de la littérature, en sus des indicateurs précédemment cités: « attentes parentales inappropriées, filiation inhabituelle (adoption, enfant non reconnu), retard mental, anomalie, maladie chronique ou trouble du comportement chez l'enfant, trouble de la relation précoce(enfant non désiré, dépression du post-partum, troubles du sommeil ou de l'alimentation), toxicomanie ou alcoolisme, et principes rigides éducatifs ». Au terme de l'étude les auteurs insistent sur le fait que les cas de maltraitance confirmée cumulent de façon significative davantage de facteurs de risque que les autres. Cette notion de **multiplicité des facteurs de risque** est largement présente dans toutes les publications, on la retrouve d'ailleurs dans les études prospectives comme un élément aggravant, qui rend plus difficile la prise en charge préventive.

Certaines équipes se sont plus particulièrement penchées sur le **lien entre précarité et maltraitance** (cf. Berthier et Lejeune). Reprenons la définition de la précarité telle que la présentait le père Presenski, fondateur d'ATD Quart-Monde : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences graves et définitives ; elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de conquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible.* »

Les difficultés socio-économiques liées au chômage, à l'isolement familial, à la transplantation, les situations de familles monoparentales sont en majoration en France depuis une quinzaine d'années. La précarité gagne du terrain, comme en atteste l'augmentation du nombre d'enfants et de familles pris en charge dans les dispositifs de soins gratuits des organisations non gouvernementales, fréquentés essentiellement par les populations en situation précaire. Dans le domaine de la santé publique, de nombreux indicateurs font la

preuve d'un accroissement de la précarisation touchant les enfants et les adolescents, ainsi qu'en atteste la résurgence chez eux de maladies comme le saturnisme ou la diphtérie. Les liens sont désormais établis entre l'exclusion et l'augmentation de la morbidité, la maltraitance et la mortalité accidentelle infantiles.

De même est reconnue une corrélation significative entre le **suivi nul ou médiocre de la grossesse** et l'absence de sécurité sociale, ainsi qu'entre ce défaut de surveillance médicale et une augmentation significative de la mortalité périnatale, de la prématurité, des dépassements de terme, des infections néonatales, des souffrances fœtales aiguës, des naissances d'enfants de faible poids et du taux de transferts en néonatalogie. A l'inverse, une étude originale (Annino, 1994) a permis de relier le risque de **déclaration tardive de grossesse** aux facteurs suivants : âge maternel de moins de 20 ans ou de plus de 35 ans ; incompréhension du français (la transplantation récente et son corollaire habituel qu'est l'isolement est un facteur d'exclusion important dans certaines régions); allocation parent isolé ; absence d'activité professionnelle ; IVG envisagée. (Le but de cette recherche étant de montrer l'intérêt pour une équipe de PMI de réaliser des visites systématiques à domicile pour toute femme ayant déclaré tardivement sa grossesse). **L'absence de suivi de grossesse** peut être associée à la précarité mais même isolée, elle reste un indicateur de risque de mauvais traitement : elle est possiblement en lien avec un déni de la grossesse, un refus de l'enfant à venir, une situation familiale ou économique difficile, l'absence de couverture sociale et de ressources, et pour les femmes étrangères une situation irrégulière et un isolement extrême (Blondel, 1996).

Le critère « **famille monoparentale** » est également un facteur de précarité de plus en plus marquant, puisque désormais une famille monoparentale sur trois est « pauvre » selon les critères de l'INSEE, avec une augmentation de la pauvreté estimée à 50% en 10 ans (estimation de 1996). La mortalité des familles monoparentales est la plus élevée de tous les groupes socio-économiques et l'incidence cumulée des accidents traumatiques et domestiques y est deux fois plus élevée que dans les familles biparentales.

On le voit, c'est en cumulant des facteurs de risque à type de difficultés économiques, d'isolement social, de vulnérabilité sur un plan médico-psychologique et obstétrical que la précarité peut être à juste titre reconnue comme un indicateur de risque de maltraitance. Pour Berthier, « l'exclusion augmente le risque de maltraitance », et au sein de ces familles en difficulté, il n'est pas rare de retrouver des antécédents de mauvais traitements chez les parents. Pour l'auteur, il est cependant possible de briser le cycle inter-générationnel de la violence, en mettant en œuvre des mesures d'évaluation, d'aide et de soutien.

La grossesse chez l'adolescente fait elle aussi l'objet de nombreuses recherches, car elle représente une entité bien spécifique, avec une problématique psychosociale complexe (Mignot, 1998). Elle est fréquemment niée et déclarée tardivement, soit à cause d'une véritable méconnaissance de la grossesse qui peut s'expliquer par les fréquentes irrégularités menstruelles de la jeune fille, soit parce que celle-ci n'a pas osé la révéler, par crainte des réactions familiales. Le manque de repère par rapport aux droits sociaux et à la santé peut aussi être avancé. Il existe indiscutablement un contexte social et familial à haut risque de grossesse précoce : jeunes filles issues de milieux défavorisés, de foyers dissociés, avec des fratries nombreuses. Sur le plan médical et obstétrical, la grossesse chez l'adolescente ne pose a priori pas de problème particulier ; c'est plutôt l'environnement et les conditions de vie, économiques et sociales qui peuvent déterminer un risque obstétrical. (Absence de suivi, tabac, toxicomanie, faible poids maternel...). La personnalité de l'adolescente, parfois peu encline à observer des consignes de repos, peut la conduire à mettre en danger le fœtus. Sur le plan psychologique, la grossesse peut représenter une réponse sociale à l'inadaptation de ces jeunes filles, comme un moyen de combler des carences d'ordre affectif ou narcissique. Il y a alors absence de projet sur l'enfant, difficulté à confronter l'enfant réel à l'enfant imaginaire, et risque de distorsion du lien mère-enfant. Cependant « mère adolescente » ne signifie pas systématiquement « mère incompétente » et les relations peuvent évoluer grandement au fur et à mesure que la jeune fille progresse dans sa parentalité, ce d'autant plus qu'elle est accompagnée par des interlocuteurs du domaine médical, psychologique ou social. Les relations qui s'instaurent avec le bébé sont parfois fusionnelles ou peuvent alterner avec des périodes de rejet et d'agressivité, l'enfant étant perçu comme un rival qui vient contrecarrer les projets scolaires ou familiaux de la jeune mère. Dans d'autres circonstances au contraire le bébé est un bénéfice qui lui permet de se valoriser et d'exister, cette reconnaissance d'un statut social pouvant passer par la revendication d'une autonomie financière grâce à l'Allocation Parent Isolée. Quel que soit le type d'évolution, ces situations nécessitent de toute façon un entourage attentif et un accompagnement étroit, pour apporter soutien et écoute à ces mères qui se retrouvent la plupart du temps stigmatisées et isolées par leur grossesse. La corrélation avec le risque de maltraitance a été recherchée (Haskett et al., 1994). Les auteurs retrouvent un lien fort avec les personnalités rigides et stressées, une attente inappropriée vis-à-vis du bébé, ainsi qu'avec le très jeune âge maternel, ces mères accordant souvent une part prépondérante aux punitions corporelles dans l'éducation. D'autre part, Mac Cullough et Scherman (1998) insistent sur le lien entre faible risque de maltraitance et soutien et cohésion

familiaux, l'environnement contribuant à l'estime de soi et à l'élaboration d'une image maternelle positive.

A côté de ces facteurs de risque à type de difficultés socio-économiques, génératrices de stress, peuvent être individualisés des critères de vulnérabilité psychologique des parents, situations dans lesquelles la mère n'est pas en mesure d'accueillir et d'investir son enfant et lui fait courir le risque d'un attachement pathologique.

Les antécédents de maltraitance fragilisent les parents, qui ont souvent une image d'eux-mêmes très altérée. L'enfant, investi d'un pouvoir de réparation qu'il ne possède pas devient persécuteur et agresseur à la moindre difficulté, les parents ne tolérant pas la frustration et n'ayant pu faire le deuil de l'enfant imaginaire. Ils interprètent les besoins et comportements de l'enfant à travers le prisme déformant de leur propre culture de l'échec, et vivent comme une agression chaque complication qui leur rappelle que dans ce domaine également, ils sont en difficulté. Tout besoin de l'enfant peut être perçu non comme une demande de soins mais comme une source de danger. Diquelou, plutôt qu'évoquer une transmission intergénérationnelle de la maltraitance, préfère parler de la « reproductibilité des conditions familiales relationnelles dévalorisantes ». Tout parent malmené dans son enfance ne devient pas maltraitant par la suite, certaines caractéristiques propres à son histoire ou à sa personnalité peuvent diminuer ou majorer ce risque (Egeland et al.). Les mères qui reproduisent les mauvais traitements sont significativement plus dépressives, stressées et anxieuses. En revanche, celles qui ont reçu un soutien affectif et relationnel fort dans l'enfance avec un adulte de référence autre que le parent violent, ou qui ont bénéficié d'une prise en charge psychothérapique et de la possibilité d'exprimer leurs émotions et leur ressenti, deviennent moins fréquemment maltraitantes que celles qui n'ont pas eu cette chance. Par ailleurs, les **antécédents de carence affective dans l'enfance** avec des histoires familiales difficiles (décès d'un parent, divorce, placement etc.) devraient être recherchés au même titre que les antécédents de maltraitance, dans la mesure où ils sont source de déséquilibre et de souffrance psychologique, avec risque de blessure narcissique et de conflit non réglés qui seront réactivés à la période très sensible de la transparence psychique de la grossesse.

Les pathologies obstétricales sont à prendre en compte : antécédent de mort fœtale in utero, de malformation intra-utérine, de fausses couches à répétition, d'IVG, d'accouchement sous X... Les grossesses qui succèdent à des accidents obstétricaux ne peuvent se dérouler

dans un contexte de sérénité. Il en va de même lorsque **les circonstances de la grossesse en cours sont particulières** : grossesse multiple avec parfois difficulté d'investissement des enfants de manière équivalente, grossesse à risque nécessitant des mesures de repos très contraignantes et génératrice d'anxiété, surveillance échographique étroite pour retard de croissance intra-utérin ou suspicion de malformation. Le stress peut être à l'origine d'une suspension de la relation avec l'enfant, la réaction de rejet étant parfois totalement disproportionnée avec la gravité de la situation (Vial et al, 1996). Dans les situations où l'enfant présente une **hypotrophie ou une prématurité** à l'origine d'un transfert et d'une **séparation mère-enfant** dès la naissance, l'instauration harmonieuse du lien est compromise. Lorsque le bébé présente une **anomalie congénitale** (malformation, maladie chronique, handicap), voire pour certains une ressemblance physique à un être détesté, la confrontation de l'enfant parfait imaginaire avec l'enfant réel peut aboutir à un refus de cet enfant non conforme. De plus l'enfant handicapé ne peut jouer pour la mère le rôle de « miroir », du fait d'une limitation des interactions possibles, ce qui majore les difficultés de celle-ci à se reconnaître mère d'un tel enfant. « La plaie ouverte dans le narcissisme des parents ne se mesure pas exactement à la gravité du handicap » (Molenat, 1992). Citons enfin les **accouchements difficiles ou mal vécus** tels que césarienne, forceps, accouchement particulièrement long et douloureux, qui peuvent occasionner chez la mère un épuisement physique et psychique relevant d'un soutien particulier.

D'autres facteurs de vulnérabilité doivent attirer l'attention :

Les **antécédents de placement** au sein de la famille ou de « déviance » sociale avec incarcération d'un parent ;

Les situations de **fragilisation psychologique pendant la grossesse** telles qu'un deuil dans la famille, l'abandon par le conjoint, une situation de divorce, de graves problèmes médicaux (séropositivité), une IVG non réalisée ou un projet d'abandon envisagé.

Les pathologies psychiatriques telles que dépression ou psychose connues, ou encore les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie) doivent motiver une prise en charge dès la période prénatale. Globalement en post-partum la femme est grandement fragilisée sur le plan psychiatrique, comme en attestent ces quelques chiffres : le risque pour une femme d'être hospitalisée en psychiatrie pendant la période du post-partum est dix-huit fois plus élevé qu'à n'importe quelle autre période de la vie ; et trente-cinq fois plus élevé pour une primipare. La psychose puerpérale est rare puisqu'elle ne concerne qu'une à deux naissances pour mille, mais s'accompagne dans 2% des cas d'infanticide et dans 5 % de suicide. Il s'agit donc d'une circonstance gravissime où l'enfant doit être protégé et la mère soignée ; pendant les très

courts séjours en maternité les signes précurseurs existent, mais ils sont rares. Quant à la dépression du post-partum, elle débute généralement autour de la sixième semaine et concerne 10 à 15 % des femmes ; elle représente un facteur péjoratif pour le développement psychologique du bébé (Murray L, 1998). Une recherche attentive des signes de dépression serait possible en ayant recours à l'utilisation de l'EPDS –Edimbourg Postnatal Depression Scale-, échelle élaborée à l'intention de non professionnels de la psychiatrie et validée par la PMI, ce qui permettrait d'en traiter davantage par un meilleur repérage (Guedeney N, Fermanian J, 1998). Ceci est envisageable dans le contexte du suivi des accouchées quelques semaines après la naissance, par exemple lors de la consultation obligatoire du post-partum.

Ainsi, de très nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence des indicateurs de risque de maltraitance en lien avec le bébé, l'histoire ou les pathologies des parents, l'environnement, le déroulement de la grossesse et l'accouchement. Un autre axe de recherche consiste à essayer de dégager un **profil particulier de personnalité et de mode de vie** chez les parents maltraitants, qui pourrait servir à prédire un potentiel de maltraitance. Ainsi a été élaboré le Child Abuse Potential Inventory ou CAPI, (Milner et al, 1979), qui prend en compte les facteurs propres à l'individu et à la famille. Il s'agit d'un test psychosocial élaboré à la fin des années 70, plusieurs fois remanié, comportant environ 160 items et dont la passation dure une vingtaine de minutes. Il a fait l'objet de beaucoup d'études visant à en tester la validité, comparant par exemple les résultats sur deux échantillons de population (maltraitante et non maltraitante), l'appliquant aussi à des groupes spécifiques (adolescentes enceintes par exemple). Le CAPI dégage quatre orientations principales chez les personnes à risque de maltraitance: « solitude », « rigidité », « contrôle » et « problèmes », les échelles « rigidité » et « problèmes » paraissant être les meilleurs facteurs prédictifs de maltraitance.

Items utilisés dans le CAPI(version abrégée de 1979)

Solitude

Je suis souvent très seule.
Parfois je me sens seule au monde.
J'ai peur parfois que mes enfants ne m'aient pas.
Je suis habituellement une personne tranquille.
Je me sens souvent rejetée.

Rigidité

Ma maison doit être impeccable.
Une maison devrait être toujours impeccable.
Les enfants ne devraient jamais salir.
Les enfants devraient être toujours très propres.
Tout dans une maison devrait être à sa place.
Parfois mon comportement est puéril.

Les petits garçons ne devraient jamais apprendre des jeux de filles.
 Aujourd'hui une personne ne sait vraiment sur qui elle peut compter.
 Un bon enfant garde ses vêtements et ses jouets en bon état.
 Je suis souvent déprimée.
 J'ai peur parfois de gâter mon enfant.
 Je n'ai pas confiance dans la plupart des gens.
 Mouiller son lit à 5 ans c'est mal.
 Les enfants ne devraient jamais désobéir.
 Les parents doivent user de punitions s'ils veulent contrôler le comportement de l'enfant.

Problèmes

J'ai une vie sexuelle satisfaisante.
 J'ai des migraines.
 Dans la vie les choses me sont habituellement contraires.
 Ma famille a beaucoup de problèmes.
 Je ne suis pas très attirante.
 J'ai plusieurs bons amis dans le voisinage.
 Peu de gens ont autant de problèmes que moi.
 J'aime avoir des animaux familiers.
 J'ai beaucoup de problèmes personnels.

Contrôle

Parfois je souhaite que ma mère m'ait aimée davantage.
 Parfois j'ai peur de perdre le contrôle de moi même.
 Parfois je crains de ne pas avoir assez à manger.
 Les adolescentes ont besoin d'être protégées .
 Les gens ne me comprennent pas.
 Les autres ne comprennent pas ce que je ressens.

Une forte corrélation a pu être mise en évidence entre un haut score de CAPI et le statut de « parents à risque », évalué à partir de critères similaires à ceux développés précédemment (Milner et al, 1980), ainsi qu'avec des personnalités à tendances névrotiques. Toutefois, son utilisation paraît limitée pour d'autres chercheurs qui constatent des difficultés d'utilisation chez la mère adolescente (Blinn-Spike, 2000), ou chez une population maltraitante en cours de prise en charge et d'éducation. En d'autres termes, le CAPI est sans doute utilisable dans le cadre d'une prévention primaire, mais un score élevé ne peut formellement présager le risque, de même qu'un score faible ne signifie pas absence de risque. De plus, au sein d'une population en cours de prise en charge, un traitement ne change pas sensiblement les traits de personnalité ni le passé du parent, donc le CAPI ne varie pas ou très peu, alors que la nature du risque a pu se modifier à la faveur du traitement (Mc Nary et Black), d'où une possibilité de faux positifs. Enfin, une étude ayant réalisé le suivi de 459 parents sur trois ans conclut que le CAPI semble efficace pour définir les modalités des conduites d'abus, mais pas véritablement pour mesurer les risques (Chaffin et Valle). Au total, les avis sont partagés et l'auteur même reconnaît que des améliorations peuvent être apportées. Mais à la lumière d'autres lectures (Halpérin et Chamay,), il semble bien que se profile une personnalité

particulière du parent maltraitant - certes au sein d'un contexte ou d'une histoire de vie bien définis-, qui allie vulnérabilité, impulsivité, dépendance, immaturité, insécurité, attitudes éducatives rigides, dépression, incapacité à gérer le stress, difficulté dans les relations à autrui et sentiment de solitude.

Par ailleurs, se dégagent de plusieurs études des indicateurs d'un autre type, issus de l'observation des comportements parentaux avant la naissance, tout particulièrement pendant le travail mais aussi au moment de l'accouchement : il s'agit d'éléments caractéristiques de dysharmonie des interactions parents-enfant, observables avant, pendant et près la naissance (Gray, Kempe et al., 1979 ; Guaraldi et al., 1985 ; Job-Spira et al., 1988).

Indicateurs de distorsion du lien parent-enfant

A la période prénatale :

(On peut souligner ici l'importance de l'observation des comportements et réactions des parents tout au long du suivi prénatal, que ce soit par le gynécologue, pendant les consultations ou les échographies, ou par une sage-femme effectuant un suivi à domicile.)

La mère semble excessivement concernée par le sexe ou la représentation du bébé.

Elle manifeste le déni de la grossesse : ne veut pas prendre de poids ; n'a pas de projet pour ce bébé ; refuse de parler de la situation. A domicile, on remarque l'absence de préparation d'une chambre, de layette. L'enfant pourrait être « un de trop ».

Réaction passive, déçue, renfermée ou agressive, absence de joie à l'écoute des bruits du cœur, ou à la visualisation du fœtus à l'échographie.

La mère est très déprimée par la grossesse.

Elle est effrayée et seule, spécialement dans l'anticipation de l'accouchement. Les explications claires et rassurantes ne semblent pas dissiper ses craintes.

Il y a une absence de soutien de la part du mari; ils n'ont pas de soutien de la part de la famille ou d'amis.

Le père et/ou la mère souhaitent une interruption de grossesse.

La situation des parents est vécue par eux comme insupportable, instable.

La sexualité est vécue comme un problème depuis le début de la grossesse.

Signes d'appel pendant l'accouchement :

(Il peut être très intéressant de consigner par écrit le comportement et les paroles de la mère -et du père s'il est présent-en salle de naissance, en répondant aux questions : de quoi a-t-elle l'air ? Que dit-elle ? Que fait-elle ?)

Une réaction passive, verbale ou non verbale : la mère ne touche pas, ne tient pas, n'examine pas le bébé, n'exprime pas de paroles sur un ton ou dans des termes affectueux à propos du bébé.

Une réaction hostile, verbale ou non verbale : la mère ne regarde pas le bébé de façon appropriée, fait des remarques peu flatteuses sur ses caractéristiques physiques.

Déception à propos du bébé.

Pas de contact œil à œil.

Absence d'interaction positive entre les parents.

Signes d'appel pendant la période du post-partum.

La mère relate avoir eu une mauvaise impression au moment de la première rencontre avec le bébé. Elle n'éprouve pas de plaisir avec lui, ne se sent pas en mesure de s'en occuper.

La mère évite le contact œil à œil, le face à face avec le bébé. Elle le manipule comme un objet, en évitant le contact peau à peau, le portant à bout de bras, et manifestant de l'indifférence.

Le temps des soins n'est jamais un temps d'échanges (paroles, caresses ou sourires).

La mère est excédée par les pleurs, les refus de téter, toute forme de frustration créée par le bébé.

Elle pense que l'enfant réclame trop à boire, est dégoûtée par sa malpropreté ou son odeur s'il régurgite. Elle ignore ses demandes, allant jusqu'à un certain sadisme dans le fait de le faire attendre.

Les rythmes biologiques ne sont pas respectés.

Changer les couches lui paraît une tâche négative et repoussante. On peut remarquer une érotisation précoce à partir des soins des organes génitaux.

La mère ne console pas le petit quand il pleure, il existe une absence d'empathie ou d'identification à ses besoins. Les paroles adressées au bébé sont négatives, dures, exigeantes.

Les parents sont toujours déçus par le sexe de l'enfant, même après quelques jours ; ils réalisent une identification négative de l'enfant : signification du nom, ressemblance à une personne non appréciée... Ils font preuve d'inquiétudes non justifiées ou persistantes quant à l'état de santé ou aux facultés du petit.

Les parents s'attendent à des performances dont le bébé n'est pas capable.

Les réactions du père ou de la famille restent négatives par rapport au bébé.

La mère reçoit peu de soutien de l'environnement. L'enfant n'est pas fêté, il n'y a pas de cadeaux ni de fleurs dans la chambre.

Il y a des problèmes de rivalité dans la fratrie ou un manque complet de compréhension de cette éventualité.

Le mari est très jaloux de l'impact du bébé sur le temps, l'énergie, l'affection de la mère.

La mère n'arrive pas à contrôler la situation : elle n'est pas impliquée et ne répond pas aux besoins du bébé mais abandonne le contrôle aux soignants.

Quand l'attention se porte sur l'enfant en sa présence, la mère ne le voit pas comme quelque chose de positif pour elle.

La mère se plaint à propos du bébé de choses invérifiables.

(Liste dressée en s'inspirant des articles de Gut K, 1996 ; Girodet D., 1998 ; Guaraldi et al.,1985 ; Gray et al.,1979)

Ces indicateurs sont des éléments que les soignants en maternité doivent avoir à l'esprit comme autant de signes que la mère ou le couple présente une souffrance qui peut ne pas être explicitée par les antécédents, et de ce fait méconnue de l'équipe. Ils ne doivent pas étiqueter les parents de « futurs maltraitants » mais plutôt d'adultes en souffrance et en difficulté pour accueillir leur enfant, devant relever, sinon d'une prise en charge psychologique, tout au moins d'un accompagnement particulier.

Gray attribue aux questionnaires et entretiens menés en prénatal une valeur prédictive positive (VPP) d'environ 55%, à 75% celle des observations notées pendant le travail et l'accouchement, l'ensemble des paramètres contribuant à une VPP de 79% des conduites parentales. A l'inverse, C.Marneffe (1994) démontre que la valeur prédictive d'une méthode de dépistage se situe de toute façon autour de 30%, ce qui signifie que deux tiers des parents dépistés ne seront pas maltraitants. Ceci introduit une notion primordiale que l'ensemble des acteurs de la prévention doit avoir à l'esprit : l'utilisation des grilles de facteurs de risque ne doit pas stigmatiser les familles car leur spécificité n'est pas absolue ; au contraire on court le danger, en portant un regard de jugement négatif sur les parents, de renforcer le sentiment de mésestime de soi et de culpabilité, là où au contraire il faudrait les entourer avec bienveillance et les accompagner, l'objectif étant de les aider à cheminer vers une parentalité respectueuse de l'enfant, responsable et harmonieuse. F.Molenat (in *Rencontrer les parents et non les dépister*, 1996), rapporte « l'effet désorganisateur d'un regard négatif ou ressenti comme tel sur le père ou la mère, tout particulièrement en maternité ».

Connaissant l'ensemble des indicateurs médicaux, sociaux, psychologiques et environnementaux qui peuvent donner à penser qu'une famille pourra devenir maltraitante, quel type de prévention peut-on envisager ?

V- La prévention

Il est remarquable que la grossesse offre un cadre d'extrême médicalisation et de surveillance gratuites, apte à favoriser le contact des femmes enceintes avec de multiples intervenants. En outre les maternités sont le lieu de passage de pratiquement toutes les femmes au moment de l'accouchement voire même en prénatal, et regroupent précisément ces professionnels, médecin, obstétricien, sage-femme et assistante sociale dans la plupart des cas, avec possibilité de recours aux psychologues, psychiatres ou pédopsychiatres si besoin selon les structures. Aussi semble-t-il indispensable que les professionnels de la naissance sachent tirer profit de ce moment privilégié de la grossesse qui correspond à une période extrêmement féconde en terme de mobilité psychique : « l'impact du mouvement psychique de la mère, du père, du couple sur le devenir de l'enfant, en interaction avec un environnement contenant et structurant, constitue l'hypothèse-clé d'une prévention précoce ». (F Molenat, in *Rencontrer les parents et non les dépister*, 1996).

Une prévention est-elle possible ?

Les études rétrospectives contribuent à cerner les éléments indicateurs du risque pour une famille de devenir maltraitante. C'est par des recherches prospectives ou des recherches-action que l'on tente de mettre en œuvre et d'évaluer les actions de prévention. Ainsi la seconde partie de l'étude de Diquelou, présentée en 1999, compare le taux de maltraitance au sein d'une population donnée avant l'instauration d'une prise en charge pluri-institutionnelle préventive (soit 1,77%), et après sept années de recul de ce travail, au terme desquelles le taux est abaissé à 0,46%. D'autres études plus anciennes allaient déjà dans le sens d'une efficacité de ces actions de prévention des mauvais traitements (Gray et al., 1977 ; Lynch, 1975 ; Ayoub et Jacewitz, 1982). Dubois et al. cependant (1991), mènent le même type de comparaison en PMI, avec des résultats moins significatifs, l'efficacité des mesures n'étant pas mise en évidence.

Quel type de prévention ?

La prévention primaire : vise à diminuer l'incidence, *i.e* la fréquence d'apparition de la maltraitance au sein de l'ensemble de la population. Elle concerne l'ensemble des accouchées sans sélection préalable, et si l'on s'attarde plus particulièrement sur la primipare, on peut

noter deux éléments de fragilisation, majorés par les bouleversements émotionnels, la fatigue et l'état d'hypersensibilité :

- les notions élémentaires de puériculture ne font plus partie du bagage culturel d'une jeune mère, du fait de la réduction et de la dispersion des familles.
- Le retour à domicile est de plus en plus fréquemment le moment d'un grand désarroi, le « home blues », en lien avec l'isolement des jeunes mères (familles monoparentales, parents éloignés) et avec les sorties précoces des maternités (perte rapide d'un cadre contenant et rassurant).

En conséquence, l'accompagnement des jeunes parents doit permettre la rencontre de leur enfant au sein d'une équipe qui informe, explique et rassure, mais sans les en déposséder, et en considérant l'enfant et le parent comme sujet. En outre, il faut prendre conscience du poids des mots prononcés pendant ces quelques jours d'extrême susceptibilité et de vulnérabilité, qui peuvent avoir un impact déterminant sur les relations ultérieures et sur l'image que les parents conserveront d'eux-mêmes et de leur enfant. On privilégiera donc l'écoute, la compréhension, l'adaptation aux personnalités, aux connaissances et à l'état de fatigue de chaque mère, sans porter de jugement et en cherchant à valoriser les compétences parentales pour renforcer leur sentiment de confiance, ainsi que celles du bébé. L'observation et la recherche des « clignotants », pour reprendre les termes de Soulé, peut orienter l'équipe vers un accompagnement plus attentif de l'ensemble du personnel, en particulier puéricultrices et auxiliaires de puériculture, ou vers une prise en charge personnalisée plus complète passant par une aide psychologique et des liens avec les services de PMI (dont nous expliquerons ultérieurement le fonctionnement), pour organiser au mieux le retour à domicile.

La prévention secondaire : a pour objectif de diminuer la prévalence, c'est-à-dire les cas de maltraitance au sein d'une population définie préalablement par un dépistage. Elle concerne les familles « repérées » car présentant un ou des facteurs de risque, en mesurant le danger d'étiquetage de ces parents, tant pour leur estime personnelle que pour les dégâts en matière d'image et de représentation collective dans l'esprit des équipes. De plus, les parents vulnérables et défaillants ont toutes les chances de se montrer méfiants vis-à-vis des professionnels s'ils perçoivent la démarche comme étant dévalorisante. Bien au contraire pour F.Molenat, « voici l'opportunité d'une renarcissisation des parents [...] Les liens de confiance avec les professionnels facilitent la mise en place d'un projet de soutien dans un réel partenariat, avec une prise en compte progressive des difficultés, dont la conscience existe le plus souvent chez les parents et peut s'exprimer si les conditions du dialogue sont ouvertes.»

Pour ces familles souvent identifiées ou reconnues dès la grossesse, l'utilité d'un étayage pluridisciplinaire n'est plus à démontrer. Ce travail s'effectue par un élargissement ou une mise en réseau des équipes gravitant autour du couple en attente ou en désir d'enfant.

Quels acteurs pour cette prévention ?

C'est dans les années 80 que s'est organisée une prise en charge pluridisciplinaire, qui a vu les pédopsychiatres pousser les portes des maternités, initialement à la demande des néonatalogistes et des obstétriciens pour entourer les parents à des moments délicats tels que l'annonce d'une malformation congénitale ou les naissances à risque médical. Celles-ci ont pu servir de modèle de réflexion et de collaboration, de même que le diagnostic anténatal a permis d'étudier l'impact d'une information sur les parents et sur les soignants. Puis la collaboration s'est élargie aux situations à risque psychosocial, en incluant les services de PMI. Pour F. Molenat, pédopsychiatre et actrice de cette progression, les équipes ont « découvert que cette naissance pouvait être, si les conditions environnementales le permettaient, une occasion pour les familles abîmées par la vie dans leur passé, de vivre une expérience structurante ». (Extrait de son allocution à la Journée Nationale des Commissions Régionales de la Naissance le 31 janvier 2002). S'appuyant sur le fait que s'instaure pendant la période des premières interactions un état psychologique d'une extrême richesse, des équipes thérapeutiques ont pu observer des possibilités de changements importants au niveau des processus psychiques maternels, avec des effets remarquablement rapides sur les comportements de l'enfant, alors que les efforts déployés pour parvenir à ce résultat avaient été plutôt modestes (Cramer et Palacio-Espasa, 1993). Les missions du pédopsychiatre, du psychiatre ou du psychologue dans ces services peuvent être nombreuses : prévention des troubles psychologiques ou psychiatriques, qui concerne tout un travail de dépistage des dépressions maternelles larvées ; soins psychologiques ; dépistage des facteurs de risque de maltraitance ; liens avec les secteurs de pédopsychiatrie, les services sociaux, les puéricultrices et sages-femmes de PMI ; soutien des équipes soignantes ; participation à des décisions éthiques ; formation des personnels. Ils devraient impérativement intervenir dans les cas de procédure d'abandon, les pathologies psychiatriques maternelles, la maltraitance, les enfants issus de viol, la réduction embryonnaire, les morts in utero, les avortements thérapeutiques... Leur positionnement est particulier du fait de certaines spécificités : leur rapport au temps est différent, ils interviennent rarement dans l'urgence, n'ont pas une relation quotidienne ni de soin médical routinier avec les patients, et peuvent donc prendre plus facilement du recul face à la situation et à ses représentations angoissantes. Ils travaillent

au plus près des femmes, en lien avec l'intime, mais aussi à un niveau plus collectif de coordination de la prise en charge des mères et de leurs bébés par l'ensemble du personnel soignant. Si nous avons beaucoup parlé des intervenants du domaine psychologique ou psychiatrique, il ne faut pas perdre de vue que dans les maternités et les services de pédiatrie néonatale, c'est l'ensemble des très nombreux intervenants - du gynécologue au pédiatre, en passant par les auxiliaires, les puéricultrices, les sages-femmes etc.- qui doit avoir à l'esprit la mobilité psychologique d'une femme enceinte, les facteurs de fragilisation de la relation, les signes précoces de dysharmonie, et la valeur extrême accordée par une mère aux paroles prononcées à son sujet ou à propos du bébé. L'intervention d'un pédopsychiatre n'a de sens qu'au sein d'une équipe pluridisciplinaire où chacun connaît sa place et sa fonction et sait reconnaître le moment où il devient utile de lui faire appel, mais où chacun surtout est sensibilisé à cette prise en charge psychologique. A notre sens, le rôle principal du psychiatre peut être justement d'assurer, sinon une formation, tout au moins une sensibilisation aux signes et aux mécanismes d'instauration d'un dysfonctionnement relationnel précoce. En outre il peut introduire au sein d'une équipe la possibilité qu'entre les soignants ait lieu un échange sur les difficultés rencontrées ou le ressenti par rapport à une femme. Soutenir les compétences relationnelles des un et des autres est sans doute un moyen de favoriser l'écoute et le respect des patientes.

Par ailleurs sa mission peut se jouer à l'intérieur de relations longitudinales, en faisant le lien entre les équipes des maternités et celles de PMI, voire de l'AEP (ex Aide Sociale à l'Enfance), qui assurent le suivi des familles en amont et en aval de l'accouchement, ou encore des centre médico-psychologiques si nécessaire. La seule action en maternité est insuffisante, le dépistage et l'accompagnement des familles doivent débiter en périnatal afin de préparer au mieux l'arrivée de l'enfant, tant sur le plan psychologique que social. Une prise de contact précoce avec l'ensemble des intervenants est plus à même de permettre l'instauration d'une relation de confiance. La PMI regroupe des professionnels variés, dont nous détaillerons plus précisément les missions au sein de notre deuxième partie : assistante sociale, médecin de PMI qui assure les « consultations d'enfants », puéricultrice pour un suivi à domicile ou au centre social, sage-femme ayant un rôle prédominant en prénatal de surveillance des grossesses à risque, de lien avec la maternité et de dépistage des situations difficiles (par l'intermédiaire des déclarations de grossesse qui permettent de lister certains facteurs comme l'âge maternel ou la situation socioprofessionnelle). A cette liste peuvent s'ajouter l'aide-ménagère et la travailleuse familiale, intervenant à domicile respectivement pour soulager les mères ou les accompagner dans leur rôle parental d'éducation.

Le relais entre les différentes équipes est indispensable pour une bonne circulation des informations de la période prénatale au suivi ultérieur à domicile. Cette notion de continuité dans la prise en charge est primordiale car existe un décalage entre le temps de l'action pour les personnels de la maternité et celui des résultats et de l'élaboration psychologique des parents, dont l'évaluation peut être faite par le médecin, puéricultrice ou psychologue de PMI ou encore le pédopsychiatre. Pour les soignants, le retour de l'information tient une place importante dans la compréhension du travail, la qualité des échanges et la motivation. En revanche, cette collaboration n'est pas sans poser quelques interrogations concernant l'éthique, le secret médical et l'information au patient. Que partager sans trahir la confiance des parents? Pour un psychiatre, faut-il tout divulguer des diagnostics ? On sait que l'étiquette « maladie mentale » est parfois paralysante pour certains soignants peu habitués à la côtoyer. En cas de maltraitance ou de placement antérieurs, le risque est grand d'une attitude trop directive ou moralisatrice, susceptible de figer les parents dans le cercle vicieux du sentiment de mise en échec et d'agression au quotidien. Chacun, puéricultrice, auxiliaire, sage-femme, obstétricien ou psychiatre, connaît de la femme sa parcelle de vérité, ou tout au moins ce que la femme a bien voulu lui déposer, et dont la nature peut d'ailleurs varier selon le moment et la personne. Ce qu'il est utile de relater est probablement de l'ordre du « strictement indispensable », notion bien vague qui mérite d'être discutée préalablement au sein des équipes, devant préciser sans doute les problèmes des carences et des besoins des parents, sans pour autant aborder le diagnostic.

Y-a-t-il des échecs ?

On assiste certainement à une mise en échec de la prévention, puisque l'on ne réduit jamais totalement la maltraitance. Les situations les plus difficiles correspondent aux problèmes de cumul des facteurs de risque, dans les cas de grande précarité par exemple où les familles associent des carences intellectuelles et affectives à un environnement socioéconomique très défavorable, milieu au sein duquel on retrouve précisément des facteurs comme les antécédents de maltraitance familiale, la grossesse chez l'adolescente etc. Une autre situation très délicate concerne la pathologie mentale de la mère, qu'elle soit d'origine psychiatrique (psychose, schizophrénie) ou de l'ordre du handicap (arriération mentale, séquelle de souffrance cérébrale ou anomalie génétique). Dans ces conditions, la prise en charge est problématique car les soignants sont particulièrement démunis, le soutien psychologique et l'étayage professionnel n'étant pas toujours réalisable, du fait soit d'un déni profond des

difficultés (chez les structurations psychotiques par exemple), soit d'une incapacité à intégrer les conseils, associée à des problèmes de communication rendant impossible l'expression des affects et leur accès au clinicien. Ces parents se montrent incapables d'appréhender les besoins de l'enfant et d'y répondre de façon adaptée et placent les soignants devant des choix épineux. Y répondre au mieux c'est sans doute - que ce choix passe par une séparation ou non-, d'y répondre **avec** les parents, *i.e.* que la décision soit intégrée à une action de longue haleine, auprès de familles soutenues pendant la grossesse dans un climat non jugeant d'acceptation des difficultés. « Des parents reconnus dans leurs capacités avant l'échec, peuvent plus aisément accepter une organisation partagée d'élevage. » (F Molenat)

NB : Ayant restreint le cadre de notre travail à la seule prévention de la maltraitance pendant la période charnière de la périnatalité, (soit de 22 SA au 6ème jour inclus), nous choisissons de ne pas exposer les différentes modalités d'assistance ou de séparation (placement en famille d'accueil, mesures d'assistance éducative...), et d'articulation avec la justice.

VI- Conclusion

Au cours de cette présentation, nous avons analysé les bases de réflexion et de recherche qui ont permis d'organiser des modalités de prise en charge préventive : d'une part la notion de mobilité et de transparence psychologique de la femme pendant la grossesse, d'autre part la possibilité de proposer un accompagnement préventif à des familles vulnérables, que leurs faiblesses et carences soient sociales, économiques, affectives ou psychologiques. Mais en pratique, ceci n'est pas sans poser question, car les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les équipes sont nombreuses. Comment éviter l'écueil d'une stigmatisation péjorative de ces parents ? Comment retisser des liens de confiance avec une mère habituée à des prises en charge lourdes du fait d'un passé social chargé ? Les soignants ont-ils les ressources et la culture d'une mise à distance des affects pourtant nécessaire, face à des parents manifestement en dysharmonie relationnelle avec le bébé ? Rapidement sont soulevés les problèmes de la formation et du soutien des professionnels sur le terrain. Si l'échafaudage intellectuel présenté au fil des pages précédentes semble se tenir, ne manquons pas de souligner que de nombreux auteurs cités sont issus de l'extrême spécialisation, ou qu'ils oeuvrent au sein d'équipes formées de façon spécifique pour leurs études. Quelle est la réalité des pratiques sur le terrain ? Nous nous proposons de répondre à

cette question en décrivant, au sein de notre deuxième partie, le travail de prévention médico-sociale réalisé au sein d'une maternité d'activité modérée (moins de 800 accouchements).

Présentation du site

I- Introduction

Cette première partie a pour objet de présenter le travail réalisé au sein d'une maternité de proximité, en lien avec le service de PMI, dans un but de dépistage précoce de dysfonctionnement du lien mère-enfant. Dans un premier temps nous situerons la structure au niveau géographique et démographique, puis nous présenterons les différents acteurs de cette réflexion, à savoir la maternité - quelle place occupe-t-elle au sein de l'hôpital d'Ancenis? Du réseau sanitaire régional ?-, le secteur social de l'hôpital et le service de Protection Maternelle et Infantile d'Ancenis.

II Le pays d'Ancenis.

Plutôt que de parler de ville d'Ancenis, il convient en effet d'utiliser le terme de « pays ». Située en Loire-Atlantique (dont elle est la sous-préfecture), à 30 minutes de Nantes et Angers qu'elle dessert par autoroute et par liaison ferroviaire, cette « ville- centre » correspond à un bassin d'emploi de 80000 habitants répartis en 29 communes et 5 cantons sur le Maine et Loire et la Loire-Atlantique. Sur un plan administratif, et dans un but d'organisation et d'homogénéisation du territoire, ceci se concrétise par l'inclusion de la commune au sein d'une « COMPA » ou communauté de communes.

Tableau de répartition de la population selon les cantons.

cantons	Population (en nb d'habitants)	Nombre de communes
Ancenis	19993	8
Ligné	9399	4
Riaillé	6304	5
St-Mars-La-Jaille	5517	6
Varades	7507	6
TOTAL	48720	29

Quelques chiffres :

- 7010 habitants à Ancenis au dernier recensement
- 7000 emplois sur la ville- même
- 50000 habitants sur le pays d'Ancenis dont 33% ont moins de 20 ans (26% pour la Loire-Atlantique)
- population active de 22300.

Répartition des emplois selon les secteurs d'activité

- Industrie 28,3%
- Services 23,3%
- Agriculture 15%
- Artisanat 14,9%
- Commerce 10,9%
- Construction 6,9%

III La maternité

III-1 Présentation

III-1-1- L'hôpital d'Ancenis

Cinquième employeur de la ville d'Ancenis (plus de 350 personnes), situé en zone rurale et drainant des communes éloignées de plus de 50 minutes des deux grands centres hospitalo-universitaires régionaux, l'hôpital d'Ancenis se définit principalement comme un centre de proximité pour le canton d'Ancenis et ceux des Mauges limitrophes, dont la vocation, si l'on excepte la maternité bien sûr, est d'offrir ses services à une population essentiellement âgée et rurale

L'hôpital en quelques chiffres (année 2001) :

- 5100 admissions
- 640 accouchements
- 13617 passages aux urgences
- 2378 interventions au bloc opératoire
- 16787 consultations externes

A noter : le site abrite également le centre de planification familiale, qui a pour missions l'information et la prévention en matière de sexualité, de contraception et d'infections sexuellement transmissibles et où est effectuée la prise en charge des femmes désirant une interruption de grossesse. En 2001, 126 IVG ont été réalisées pour des femmes âgées de 15 à 45 ans.

Répartition des lits :

- Médecine : 44 lits dont 6 d'alcoologie et 6 dédiés soins palliatifs
- Chirurgie : 44 lits
- Maternité : 18 lits
- Soins de suite : 25 lits
- Long séjour : 40 lits
- Maison de retraite : 50 lits dont 19 médicalisés

Le service de médecine peut être qualifié de « médecine polyvalente à orientation gériatrique ». Depuis 2001 existe une équipe mobile de soins palliatifs. Ainsi, c'est l'ensemble de l'activité de l'hôpital qui est tourné vers les personnes âgées. Le service de médecine est en expansion continue jusqu'en 2004, afin de répondre aux besoins croissants d'une population âgée qui augmente, le service se répartit officiellement sur 2 étages et propose désormais 55 lits.

La volonté de se définir comme un hôpital de proximité et d'en jouer comme d'un atout s'inscrit clairement dans la politique de la direction (importance de privilégier l'aspect relationnel au sein d'un hôpital ayant un plateau technique restreint). La communication avec les établissements phares au niveau des techniques et de la formation (CHU de Nantes par exemple) est cependant favorisée au maximum, en particulier dans un but de formation des praticiens, puisque depuis 2000 a été installé un réseau de télé-médecine qui permet de dialoguer en direct (visioconférence). Ce système est utilisé pour des staffs auxquels participent plusieurs établissements et de façon régulière par les gynécologues du service.

Sur le plan administratif, a été signée fin 2001 une convention de direction commune à 4 établissements (hôpital d'Ancenis, hôpital local de Candé, maisons de retraite de Saint Florent le Vieil et d'Oudon). En outre, il existe une convention avec le Centre Hospitalier Spécialisé de Blain, puisqu'interviennent régulièrement à Ancenis une infirmière détachée du centre médico-psychologique (CMP) d'Ancenis et une psychiatre de liaison, à la demande des services. Si elle cherche à renforcer les liens avec les établissements locaux, la direction n'en oublie pas pour autant les médecins généralistes ; l'hôpital est ainsi régulièrement le siège de réunions de formation médicale continue ouvertes aux médecins de l'hôpital et aux généralistes du secteur, ce qui favorise les échanges ; par ailleurs il n'est pas rare de voir ces mêmes médecins généralistes rendre visite à un patient pendant son séjour à l'hôpital, ce qui montre bien l'intérêt de drainer une population locale. Par ailleurs l'équipe mobile de soins palliatifs est amenée à intervenir sur l'hôpital de Candé dans un but de conseil et de formation mais également sur d'autres sites (maisons de retraite), ou encore à domicile après concertation avec le médecin traitant. En ce qui concerne la maternité, elle se positionne localement de façon d'autant plus prépondérante que l'année 2000 a vu se fermer l'autre maternité de proximité du secteur, à savoir celle de Beaupréau,

et qu'un certain nombre de femmes enceintes de cette ville et des alentours font le choix d'accoucher à Ancenis plutôt qu'à Angers.

Voyons à présent comment elle se situe, en terme de réseau sanitaire, sur un plan régional.

III-1-2 Le réseau sanitaire

a). Historique

Depuis décembre 1997, à la suite d'une réflexion de 3 ans portant sur la nécessité d'améliorer, organiser et harmoniser les soins périnataux, s'est constitué un réseau régional de soins périnataux baptisé « réseau sécurité naissance », auquel adhèrent la trentaine de maternités publiques et privées des Pays de la Loire.

Définition et objectifs du réseau : ensemble d'établissements de soins qui se sont mis en relation étroite en vue d'une action concertée de santé publique –ici les soins périnataux- dans le but d'offrir à toute femme résidant dans les Pays de la Loire une qualité de soins identique, en adaptant l'offre de soins au niveau de risque, tout en respectant le libre choix de la patiente et le principe de subsidiarité (le bas risque doit être traité par les établissements spécialisés dans le bas risque).

Les niveaux de compétence ont dû être définis de façon consensuelle et adaptée à la culture de chaque établissement. Le réseau a fait des propositions qui ont ensuite été soumises à l'acceptation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). La parution des décrets n°98-899 et 98-900 a permis de donner un cadre réglementaire précis à l'organisation en réseau des maternités (décrets périnataux du 9 octobre 1998).

b). Les différents niveaux de soins périnataux

Les décrets d'octobre 1998 précisent les principes de répartition suivants :

- Centres périnataux de proximité : créés dans des établissements dans lesquels les accouchements ne se font plus, ils permettent une prise en charge adaptée tout au long de la grossesse.
- Niveau 1 : unités d'obstétrique, *id est* les structures ne disposant pas d'unité de néonatalogie. Au niveau régional on différencie les établissements de niveau 1B de ceux de niveau 1A par leur capacité à maintenir une perfusion d'un nouveau-né 24 heures sur 24 et par la présence d'une infirmière apte à ce type de soins.

Exemple de niveau 1 : les centres hospitaliers de Châteaubriant et d'Ancenis.

- Niveau 2 : caractérise les structures disposant d'une unité de néonatalogie (lits de néonatalogie avec personnel paramédical spécifique). Au niveau national, on distingue le

niveau 2A dit « néonatalogie » (nouveau-né asymptomatique, retard de croissance intra-utérin de plus de 1750 grammes, prématuré de plus de 33 semaines) et le niveau 2B dit « soins continus » (nouveau-né symptomatique, détresse respiratoire, alimentation parentérale, prématuré de plus de 30 semaines, ventilation assistée de quelques heures). Ils doivent constituer une alternative lorsque le recours à la réanimation n'est pas justifié.

Exemples de niveau 2 : centres hospitaliers de Cholet, Saint Nazaire, la Roche sur Yon.

- Niveau 3 : correspond aux établissements disposant d'unités de réanimation néonatale et de réanimation adulte.

Il s'agit des CHU de Nantes et Angers et de l'hôpital du Mans.

L'ARH, dans une communication relative au Schéma Régional d'Organisation de la Santé (SROS 1999-2004), intitulée « réseau de périnatalité : mieux naître en pays de la Loire », reprend les règles de fonctionnement indispensables à l'objectif majeur (obtenir que chaque femme accouche dans une maternité adaptée à son niveau de risque) et qui sont restituées de manière simplifiée ci-dessous.

- Les établissements de santé concernés doivent assurer la prise en charge des grossesses, l'identification des facteurs de risque pour la mère et l'enfant, l'orientation de la mère avant l'accouchement, l'accouchement, les soins de la mère et du nouveau-né.
- Le principe est que la maternité de proximité doit être proposée en première intention en l'absence de risque dépisté ce qui souligne l'importance de l'organisation du suivi de grossesse et du dépistage anténatal.
- Chaque femme doit être orientée en fonction de ses facteurs de risque au maximum avant l'accouchement, afin de diminuer les transferts de nouveau-nés et les séparations mère-enfant ; on privilégiera les transferts in utero.
- Les procédures de transferts doivent être formalisées et les retours à la structure initiale favorisés dès que possible.

Au sein du réseau sanitaire régional, la maternité d'Ancenis est de type 1A.

c). Quelques chiffres en Pays de la Loire.

Environ 40000 naissances ce qui représente 5,5% des naissances métropolitaines, proportion identique au poids de sa population et de sa superficie dans l'ensemble national. La natalité a connu une hausse depuis 1993, avec un pic en 2000, année qui a vu attribuer aux Pays de la Loire l'Indicateur Conjoncturel de Fécondité le plus élevé de France métropolitaine : 2,01 enfant par femme. (ICF : nombre moyen d'enfants pour 100 femmes). Le taux de mortalité infantile (3,9 pour 1000 décès d'enfants de moins de 1 an) est le plus faible après celui de la

Corse. La région regroupe 30 établissements représentant 1438 lits dont 60% sont situés dans des hôpitaux publics. Les 10 établissements de Loire-Atlantique ont réalisé en 2000 15617 accouchements. Les naissances à la maternité d'Ancenis correspondent à 4,3% du total.

III-2 Description

En premier lieu, nous décrirons cette maternité en termes de locaux, d'effectifs et d'organisation, puis c'est son activité en chiffres qui sera retracée sur une année.

III-2-1 Moyens à disposition

a). Locaux

La maternité est située au sein des bâtiments les plus récents de l'hôpital d'Ancenis, qui abritent également les services de médecine, de chirurgie et les urgences. Elle dispose de 18 lits d'hospitalisation conventionnelle et de 4 lits supplémentaires pour la période du travail ou les femmes césarisées, au niveau du bloc obstétrical. Il ne s'agit que de chambres pour une femme - ce dont elles sont très satisfaites- relativement spacieuses et munies, en sus du cabinet de toilette avec douches et WC, d'une zone individualisée par une paroi de verre destinée aux soins du bébé. Le bloc obstétrical est pourvu d'une nurserie et de deux salles d'accouchement, ainsi que d'une salle d'examen qui est aussi utilisée pour les consultations de sage-femme.

b). Effectifs et organisation

(1) *Personnel paramédical*

Le personnel paramédical est encadré par une sage-femme surveillante.

Les sages-femmes. En 1999 les sages-femmes sont au nombre de 11, correspondant à 10 temps pleins ; elles suivent un système de gardes de 12 heures en salle d'accouchement, de jour ou de nuit, et des gardes en suites de couches de 9 heures la nuit ou de 10 heures le jour. Les périodes actives alternant avec 2 voire 3 jours de repos, ce système est responsable d'un sentiment de difficulté à effectuer un suivi des femmes du fait de l'absence de jours continus. Une femme a en effet peu de chances de retrouver en suites de couches la sage-femme qui l'a accouchée. En 2000 et 2001, afin de respecter les engagements dans le cadre du Réseau Sécurité Naissance, sont créés 3 postes de sages-femmes supplémentaires, et un quatrième en 2003 ce qui permet de renforcer l'équipe de nuit avec une présence en suite de couches possible désormais 24 heures sur 24. Il n'y a pas de puéricultrice, ce qui est normal étant donné le nombre d'accouchements annuels et le niveau IA de la maternité.

Aides-soignantes et auxiliaires de puériculture. Elles sont 9 de jour et 4 équivalents de temps plein (ETP) la nuit, équipe étoffée également d'un poste supplémentaire en 2004, ce qui porte l'effectif à 16 personnes soit 14 ETP au total. Elles sont responsables de la prise en charge du bébé à la naissance, de l'aide aux mamans en matière de soins au bébé et d'allaitement, mais également de l'hôtellerie. Elles tournent sur trois types d'horaires qui permettent une présence continue jour et nuit.

Agents de service hospitaliers. Elles sont responsables de l'hygiène des locaux, elles sont trois ETP et ne travaillent pas de nuit.

La moyenne d'âge de cette population exclusivement féminine est de 43 ans en 2001. Il s'agit donc d'un personnel expérimenté qui a fait le choix d'exercer au sein d'une maternité de proximité dans le but –entre autres- de privilégier l'aspect relationnel. Le personnel « a les clignotants en tête », pour reprendre les termes de la surveillante, connaît l'importance du lien mère- enfant et tente de déceler et signaler les mamans et bébés qu'il ne juge pas en harmonie, ce qui peut motiver ensuite l'intervention de l'assistante sociale, de l'infirmière de liaison ou de la puéricultrice de PMI, que nous décrirons ultérieurement. D'autre part, différentes actions de formation ou sensibilisation sont coordonnées au sein de la maternité. Ainsi des cours de préparation à l'accouchement sont délivrés par des sages-femmes libérales, dès le 5^{ème} mois et ouverts aux mamans qui sont encore suivies par leur médecin traitant. Par ailleurs sont proposées des réunions bimensuelles sur l'allaitement, en partenariat avec l'association Bout'chou 44, ainsi que des séances de présentation des massages corporels des tout-petits, destinées aux parents encore présents à la maternité ou déjà rentrés à domicile et assurées par le masseur-kinésithérapeute de l'hôpital. Enfin depuis peu un kinésithérapeute ostéopathe a la possibilité d'examiner les bébés dont la naissance a été instrumentalisée, après accord du pédiatre.

(2) Personnel médical

Les gynécologues-obstétriciens sont au nombre de trois. Deux praticiens hospitaliers à temps plein assurent les gardes sur place, la visite dans le service, ainsi qu'une activité de consultation et de chirurgie gynécologique. Ils effectuent le suivi des grossesses à partir du 8^{ème} ou 9^{ème} mois, l'examen obligatoire postnatal quand l'organisation le permet (délai de plusieurs mois pour un rendez-vous) et des consultations de gynécologie médicale ou en vue d'une chirurgie. De plus un attaché ayant une activité libérale effectue également la visite dans le service et prend des gardes, mais pas sur place (il est joignable à son domicile). Toutefois celui-ci fait défaut pour raisons de santé depuis 2004, et les deux praticiens hospitaliers doivent donc assurer les gardes à deux pour une période indéterminée (d'autant plus que leur confrère sera prochainement à la retraite). Par ailleurs deux anesthésistes sont présents en permanence, praticiens hospitaliers exerçant

également au bloc opératoire (chirurgie générale, ambulatoire et orthopédique). Pour finir l'équipe se complète par la présence de deux pédiatres, un attaché et un praticien hospitalier à mi-temps, qui effectuent la visite du 8^{ème} jour et assurent une astreinte 24 heures sur 24. Là encore cependant s'amorce une situation difficile en raison du départ du praticien hospitalier au premier semestre 2004.

(3) Liens avec le Centre Médico-Psychologique de secteur

Dans le cadre du partenariat avec le CMP, il peut être fait appel à une infirmière de liaison ou à un psychiatre. Les raisons qui motivent ces demandes sont de l'ordre de la souffrance psychologique, qu'elle soit exprimée, suspectée, relative à des antécédents particuliers ou non.

On peut ainsi citer :

- maladie psychiatrique connue
- antécédent de décompensation psychiatrique du post-partum
- mère dépressive
- femme enceinte hospitalisée en prénatal pour vomissements incoercibles
- antécédent obstétrical difficile (avortement thérapeutique, mort fœtale in utero)
- traumatisme psychologique pendant la grossesse (perte d'un enfant, du mari)
- antécédent de mort subite du nourrisson
- perte d'un proche tel que parent ou grand- parent
- contexte familial difficile de maladie, de séparation du couple etc...

Ainsi en 2001 l'infirmière de santé mentale a rencontré une quinzaine de femmes hospitalisées à la maternité, en suites de couche comme en anténatal, soit 2,3% des hospitalisées. C'est généralement elle qui statue sur la nécessité de faire intervenir le psychiatre, et qui organise si besoin un suivi au CMP à la sortie de la maternité.

Après avoir présenté l'ensemble des professionnels hospitaliers intervenant à la maternité – à l'exception de l'assistante sociale sur laquelle nous nous attarderons plus longuement- voyons à présent en détail l'activité de cette structure.

III-2-2 L'activité

a). Nombre d'accouchements

Autour de 600 à 650 accouchements annuels à la fin des années 90, le nombre d'accouchements s'est accru depuis 2000, année il est vrai exceptionnelle pour la natalité en général en France.

Données démographiques en France métropolitaine

Année	Taux de natalité (pour 1000 habitants)	Taux de fertilité
2000	12,27	1,75
2001	12,1	1,75
2002	11,94	1,74
2003	12,54	1,85

Evolution du nombre d'accouchements sur les cinq dernières années à Ancenis

- 1999 :537 naissances
- 2000 :700 bébés, 697 accouchements
- 2001 :641 bébés, 639 accouchements
- 2002 :696 naissances
- 2003 :749 naissances.

Variation du nombre d'IVG réalisées au centre de planification familiale d'Ancenis

- 1999 :152
- 2000 :135
- 2001 :126
- 2002 :125
- 2003 :146, dont 3 chez des adolescentes de 15 ans, 4 de 17 ans et 2 de 18 ans.

Traditionnellement on retrouve une augmentation du nombre de naissances à la fin du printemps et en été, avec un creux aux mois d'hivers. Le taux d'occupation est très variable selon les mois, il culminait à 65,30% pour l'année 2000 contre 52,10% en 1999. La durée moyenne de séjour à la maternité d'Ancenis est de 4,98 jours, donc plutôt en baisse par rapport à l'année précédente (5,17) mais bien supérieure aux grandes structures où elle se situe entre 2 à 3 jours.

b). Les mères

Les chiffres sont ceux de l'année 2001 et sont comparés aux données du service de PMI issues de l'exploitation d'un échantillon de certificats de santé du 8^{ème} jour.

Moyenne d'âge : 29 ans. (29,5 en Loire-Atlantique)

Primipares : 38% (36% en LA)

Multipares : 62% (64% en LA), avec une proportion de naissances de deuxième enfant prédominante.

Préparation à l'accouchement : 101 femmes soit 15,8%. Ce chiffre est très en deçà de ceux de Loire-Atlantique (57,1%) mais il concerne les femmes ayant suivi les cours dispensés à la maternité d'Ancenis et ne comptabilise en aucun cas celles préparées en libéral.

Nombre d'échographies et de consultations prénatales par femme: critère non documenté.

Catégories socioprofessionnelles : pas de chiffres précis non plus mais on peut dire que toutes les catégories sont représentées, avec toutefois une plus forte proportion d'exploitantes ou salariées agricoles et d'ouvrières en particulier dans l'industrie agronomique. Le personnel de l'enseignement est également bien présent, de même qu'une population d'artistes que l'on n'attendait peut-être pas, les bords de Loire semblant exercer une aura singulière auprès des peintres et des sculpteurs...

Choix de l'allaitement maternel : 36%, ce qui est faible puisque la moyenne nationale s'établit à 45%. (Moyenne de Loire-Atlantique : 47%) L'argument le plus fréquemment avancé par les femmes est la pudeur, les femmes répugnant à allaiter en public. Il s'agit d'un critère très culturel, propre aux mères françaises qui sont encore très nombreuses, étant enfants, à ne pas avoir vu allaiter les femmes de leur entourage. De plus, on sait que le taux d'allaitement maternel augmente avec le niveau socioculturel, et cette population est essentiellement rurale. Le lait est avant tout un élément de production agricole, nous sommes ici dans une région de production laitière importante. Le retard en matière d'allaitement est un élément que tient à combattre la surveillante en diffusant une information sur de nombreux supports (affiches ou tracts dans la salle d'attente, réunions), mais aussi en participant activement aux journées mondiales de l'allaitement depuis 2 ans. En accord avec l'équipe de PMI ont eu lieu des actions conjointes utilisant un support vidéo ainsi que des animations publiques au sein d'établissements scolaires, des écoles d'aides-soignantes, et une soirée-débat faisant intervenir divers participants comme l'association Bout'chou, le lactarium ou un médecin généraliste. Ces actions semblent avoir porté leurs fruits puisque le taux d'allaitement à la maternité d'Ancenis est remonté de 36 à 46% en 2 ans (chiffre de 2003).

c). L'accouchement

Voie basse eutocique : 489 soit 76%

Extraction instrumentale : 69 soit 10,9%

Césarienne : 81 soit 13% (contre 13,5% en Loire-Atlantique)

Péridurale : 321 soit 50% (72,1% en LA)

Déclenchement : 6% ce qui est un taux faible car la moyenne est de 18,4% en Loire-Atlantique, avec des taux généralement plus élevés dans les maternités de niveau 1 et des disparités très marquées selon les établissements.

d). Le bébé

Termes : non documentés

Prématurés de 33 à 37 semaines d'aménorrhée : 11 bébés soit 1,7%

Retard de croissance intra-utérin : 2 soit 0,3%

Macrosomie pour l'âge gestationnel : 7 soit 4,96%

Transferts de nouveau-nés dans une structure de niveau III : 25 soit 3,90%

Transferts in utero : 23 soit 3,60%

Après cette présentation de la maternité, nous allons découvrir un maillon important de cet hôpital, car présent et actif au sein de chaque service : l'assistante sociale.

III-3 La prise en charge sociale

Il s'agit ici de présenter le travail de l'assistante sociale dont les missions sont définies par le législateur et orientées en fonction des besoins propres de la population prise en charge à l'hôpital.

III-3-1 Cadre législatif.

A partir de la loi du 29 juillet 1998, le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale met en application une circulaire relative « à la mission de lutte contre l'exclusion sociale dans les établissements de santé participant au service public hospitalier et à l'accès aux soins des personnes les plus démunies ». Celle-ci s'intègre dans une démarche globale visant à favoriser l'égalité d'accès à la santé au sens large incluant l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Les hôpitaux sont alors clairement désignés comme acteurs d'un système qui a pour obligation de prendre en compte la précarité. Dans les textes est également mise en exergue la notion de « réseau des professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral ainsi que les professionnels chargés de l'insertion afin d'offrir au public des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins ». La résultante la plus parlante de cette décision est la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU).

Moins médiatisé est le volet concernant la mise en œuvre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS). Ceux-ci sont intégrés dans la réflexion menant à l'élaboration des SROS par l'ARH et aboutissent à la mise en place de dispositifs d'accueil et de soins pour les personnes en situation de précarité dénommés Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS), installés dans tous les établissements de santé participant au service public

hospitalier. Ces PASS peuvent s'inscrire dans les orientations stratégiques des établissements. Elles sont alors prises en compte dans le Projet d'Etablissement et font l'objet d'un Contrat d'Objectif et de Moyens signé par l'ARH. Concrètement cela sous-entend que soient élaborées des procédures et des protocoles exposant les démarches à accomplir et les personnels à alerter pour tout accueil de personne en situation de précarité. Par ailleurs les PASS sont utilisées à des fins statistiques et font l'objet d'enquêtes ou de bilans d'activité afin de mieux cerner les besoins de la population et des établissements de santé. Par exemple, la grille régionale de suivi des PASS en 2003, adressée par la DRASS de Loire-Atlantique, recherchant entre autres les critères suivants : existence de procédure organisant le repérage des personnes démunies, d'un protocole de délivrance gratuite de médicaments ; caractéristiques des personnes accueillies (nombre, âge, type de précarité) ; réseaux et personnels impliqués dans la PASS...

Voyons comment ce dispositif a pu être organisé à Ancenis.

III-3-2 Le secteur social d'Ancenis

La PASS à Ancenis a fait l'objet d'un Contrat d'Objectif et de Moyen et s'est concrétisée par la création d'un quart de poste de secrétaire octroyé par l'ARH. L'accueil et la prise en charge des personnes à statut précaire, au sein de la PASS, est sous la responsabilité de l'assistante sociale en collaboration avec les services de soins et a fait l'objet d'une procédure visant à informer l'ensemble du personnel concerné. Dans le cadre de la PASS a été également rédigée un protocole de délivrance gratuite des médicaments. L'hôpital emploie une assistante sociale à plein temps qui peut être amenée à intervenir, à la demande, sur l'ensemble des services.

Ses missions sont les suivantes :

- Conseiller, soutenir et orienter les personnes accueillies et leurs familles, les aider dans leurs démarches et les informer sur les services dont elles relèvent pour l'instruction d'une mesure sociale.
- Apporter son concours à toute action susceptible de prévenir des difficultés sociales ou médico-sociales rencontrées par la population et y remédier.
- Assurer dans l'intérêt des personnes la coordination avec d'autres institutions ou services sociaux et médico-sociaux afin de leur permettre de mieux se réinsérer dans leur milieu de vie.

Du fait de ces missions, l'assistante sociale occupe une place transversale particulière dans l'institution et est amenée d'une part à travailler en synergie avec les différents services médicaux et administratifs de l'établissement, et d'autre part avec les représentants des différents organismes locaux et départementaux pour la création et la mise en place de dispositifs et de réseaux et pour des actions ponctuelles d'aide aux familles. Au sein de l'établissement ses

interventions sont diverses, allant de l'ouverture de droits sociaux dans le cadre de la PASS, à l'organisation d'un retour à domicile après perte d'autonomie, en passant par l'information auprès des familles pour des inscriptions dans des structures d'accueil pour personnes âgées... Ainsi en 2002, elle a établi 390 fiches patients, hospitalisés dans les services ou vus en consultation externe (urgences, maternité ou spécialistes)

Tableau de répartition de son activité pendant l'année 2002.

Maternité	Chirurgie	Médecine	Soins de ville	Urgences externes	Long séjour	Pass
50	54	121	66	26	4	68

Etudions maintenant de manière plus précise son activité au sein de la maternité :

- Régularisation de droits sociaux (Allocation Adulte Handicapé AAH).
- Régularisation de statut d'assuré social, inscription à une mutuelle, lien avec la Caisse d'Allocation Familiale (CAF).
- Déclaration de grossesse, dans le cadre de déclaration tardive en particulier, avec régularisation des droits auprès de la CAF et de la CPAM de manière rétroactive.
- En cas de grossesse difficile ou chez une multipare, organisation du passage d'une travailleuse familiale dont le rôle consiste à prendre en charge la fratrie pour soulager la mère. Elle intervient la plupart du temps dans un contexte de suivi par les services de PMI et dans ce cas son rôle consiste également à épauler la mère dans ses fonctions parentales.
- Signalement aux services de PMI de la nécessité d'un suivi à la sortie, qui pourra être effectué par différents intervenants selon les cas : médecin, puéricultrice, assistante sociale.
- Signalement à la DGAS dans les cas plus graves. (Direction Générale de l'Action Sociale)
- Organisation du retour avec instauration du passage à domicile de travailleuse familiale ou d'aide-ménagère; contact avec les mutuelles pour la prise en charge de ces prestations.
- Dans les cas de précarité extrême, recherche de la structure adaptée, à savoir selon les cas : foyer d'accueil, centre maternel, etc. L'assistante sociale travaille également avec les associations d'Ancenis : Restau du Cœur, Relais Bébé, et Saint Vincent de Paul.
- Enfin, dans le cadre de notre sujet, l'assistante sociale fait le lien entre les deux interlocuteurs majeurs de la réflexion menée au sein de la maternité, à savoir le personnel de la maternité d'une part, et le service de PMI du secteur d'autre part.

IV Le service de Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Nous allons d'abord en présenter les effectifs puis préciser l'organisation du service de la circonscription d'Ancenis.

IV-1 Missions.

Il doit répondre aux exigences légales d'accessibilité pour tous aux mesures de prévention médico-psycho-sociale, en tenant compte des disparités géographiques qui peuvent être économiques, sociales, ou culturelles.

Fonction de vigilance épidémiologique : Avec collecte de données sanitaires et sociales, mise en place d'enquêtes épidémiologiques, suivi de certains indicateurs de santé (Rôle des certificats de santé).

Fonction de prévention médico-psycho-sociale : Au sein des centres de PMI sont assurées les consultations gratuites prénuptiales, les activités liées au Planning Familial, les consultations prénatales, postnatales et les consultations d'enfants, mais pas seulement. Les centres qui ont les effectifs nécessaires pour l'information et l'animation transforment leurs salles d'attente en lieux d'éducation familiale, de repérage de dysfonctionnement familial et d'intégration sociale. En faveur de l'enfance peuvent être également citées les actions de dépistage et de prévention effectuées au sein des écoles maternelles. L'action à domicile quant à elle permet une aide personnalisée dans des cas d'isolement, de difficulté sociale, relationnelle, économique, et peut être assurée par différents intervenants: sage-femme, puéricultrice, travailleuse familiale, assistante sociale...

Fonction de contrôle et d'agrément des structures et services d'accueil des jeunes enfants : Cela concerne les assistantes maternelles, mais aussi les crèches et les haltes-garderies. Les services de PMI doivent assurer la délivrance des agréments, ainsi que le contrôle et la formation des assistantes maternelles, ce qui en Loire-Atlantique est difficile à organiser faute de moyens.

La fonction de coordination et d'animation : Correspond à la nécessité d'informer et coordonner les différents acteurs participant aux missions de la PMI et qui appartiennent aussi bien au service public que privé. (Exemple: les certificats de santé et le carnet de santé sont délivrés par les Conseils Généraux et remplis par les médecins généralistes.)

Au total, les services de PMI remplissent une mission de prévention en faveur de l'enfance et la famille. Il s'agit d'équipes regroupant différents professionnels à l'écoute des besoins des parents. Ceux-ci évoluent sans cesse avec les mutations de la société. On constate actuellement, du fait - entre autres- de l'aggravation du chômage, une importante progression de la précarité, accompagnée de son cortège de situations difficiles sur les plans social et économique mais aussi relationnel, comportemental et affectif. Les centres de PMI se veulent des espaces ouverts à tous et pour le plus grand nombre, dans le but d'accompagner la parentalité, favoriser l'accueil du nouveau-né et répondre aux besoins fondamentaux des enfants, tout en développant les compétences et les responsabilités parentales et en soutenant les familles en difficulté.

IV-2 Effectifs et organisation du secteur d'Ancenis

IV-2-1 Introduction

En préambule il convient de resituer le service de PMI au sein du Conseil Général car il n'est pas un acteur isolé. Jusqu'en 2003, la DISS (Direction des Interventions Sanitaires et Sociales) incluait en effet la PMI, mais aussi le SASGP (Service d'Action Sociale Globale de Proximité) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). Désormais la DISS est dénommée Direction Générale adjointe de la Solidarité (DGAS) et regroupe dans le domaine de l'enfance, sous l'appellation Direction des Politiques Vie Sociale et Familiale :

- la PMI qui n'a pas changé de nom (souhait de ne pas déstabiliser une population qui a désormais identifié les structures)
- le pôle Vie Sociale et Insertion (VSI, en remplacement du SASGP)
- le pôle Action Educative et Parentale (AEP, qui remplace l'ASE) au sein duquel on peut remarquer en particulier la création d'une unité Prévention.

Cette unité est en fonction depuis le 1^{er} décembre 2003 et a pour mission d'intervenir dans des situations de carence ou de dysfonctionnement, dans un but d'accompagnement éducatif et parental mais également au niveau des signalements d'enfants en danger. Les professionnels sont des travailleurs sociaux recrutés sur l'ancien SASGP qui vont oeuvrer en collaboration avec l'ensemble des personnels des centres médico-sociaux.

Autre modification structurelle : existe à un niveau transversal, la Direction de l'Action Médico-sociale Territoriale, elle-même divisée en 6 Délégations de la Solidarité qui quadrillent le département. Le centre médico-social d'Ancenis dépend donc de la Direction des Politiques Vie Sociale et Familiale (ex DISS) mais également de la Délégation du Pays d'Ancenis. Tout ceci a

des répercussions concrètes, en ce qui concerne le sujet qui nous intéresse, puisque sont désormais organisées en matière de dysfonctionnement familial des réunions pluridisciplinaires mensuelles regroupant des membres des différents services concernés, dans un but d'évaluation des situations rencontrées par les acteurs médico-sociaux. Elles ne se substituent pas aux réunions de synthèse et aux concertations qui existaient antérieurement. Elles se situent en amont d'une décision d'inspecteur de l'AEP, et ont pour particularité de pouvoir accueillir des professionnels extérieurs à la situation. Ce sont les Commissions d'Aide à l'Evaluation et la Coordination.

Au total, l'unité PMI d'Ancenis regroupe les intervenants suivants :

- Un médecin à 80% et un vacataire à 20%.
- 4 puéricultrices soit 3,6 ETP, réparties de manière équivalente sur les deux secteurs (Varades, Ancenis et St Mars, Riaillé, Ligné)
- Des assistants sociaux détachés du pôle VSI pour tout ce qui concerne les problèmes de précarité ou de droits et de l'unité de Prévention s'il s'agit de prévention de la maltraitance.
- Il n'y a pas de sage-femme.
- L'équipe peut être complétée au besoin par une psychologue de l'Action Educative et Parentale.
- Les aides ménagères et les travailleuses familiales (encore appelées ISF, pour intervenant social et familial) ne sont pas du personnel de PMI. Elles travaillent au sein d'associations telles que l'ADT (Aide à Domicile par le Travail) ou l'ADMR (son équivalent en Maine-et-Loire). Au niveau financier la prise en charge peut être réalisée par les mutuelles ou par la CAF pendant un congé maternité ; elle peuvent également relever de contrats avec la PMI avec laquelle elles collaborent de façon étroite ou avec l'Action Educative et Parentale quand il s'agit d'Action Educative en Milieu Ouvert. (AEMO)

Remarque : il n'existe pas à Ancenis de « femmes-relais », en raison de la taille réduite de la ville. Il s'agit de ces associations de mères qui tentent de partager leurs connaissances et leur savoir-faire en matière de puériculture (l'allaitement par exemple), afin d'aider les plus inexpérimentées dans leur nouveau rôle de mère. C'est un lieu d'échanges et de soutien qui se développe en partenariat avec les centres de PMI, chargés de sensibiliser ou éduquer ces femmes qui acceptent de transmettre ensuite leurs acquisitions. Ce système se met en place plus particulièrement dans les secteurs où se concentrent les populations issues de l'immigration, chez lesquelles la langue peut être un obstacle, et qui sont sensibles à la diffusion des informations par des membres de leur communauté.

IV-2-2 Coordination entre les différents acteurs.

En pratique, le suivi peut s'effectuer comme suit par le service de PMI.

- Parfois intervention d'une puéricultrice en prénatal, (et dans d'autres secteurs du département par une sage-femme), dans les cas de difficulté sociale ou psychologique. Sur le plan social mais aussi financier la prise en charge est assurée par le service VSI.
- Pendant le séjour à la maternité, passage des puéricultrices pour prendre connaissance des situations nécessitant un suivi, rencontre avec les patientes demandeuses ou signalées par l'équipe de la maternité.
- A la sortie, suivi par la puéricultrice ou l'assistante sociale à domicile ou au centre de PMI, voire consultations médicales régulières mensuelles.
- Au centre de PMI : la puéricultrice assure la « permanence » : présence d'une puéricultrice qui pèse et mesure le bébé puis aborde les problèmes relatifs à l'alimentation et aux soins.
- En « consultation d'enfant », le médecin examine le bébé sur le plan somatique mais aussi comportemental et de l'éveil. L'examen et le dialogue évaluent le type de relations instaurées entre la mère (ou les parents) et l'enfant, les capacités parentales en matière d'éveil, d'éducation, de respect des rythmes et des besoins élémentaires infantiles. La consultation est un lieu d'échanges qui vise autant à vérifier le développement harmonieux du petit qu'à instaurer un climat de confiance propre à aider les parents à exprimer leurs difficultés dans tel ou tel domaine du relationnel, de l'alimentation, du sommeil ou du soin. La rythmicité du suivi doit permettre d'évaluer les progrès réalisés et de poser les indications d'un accompagnement éventuellement plus poussé.
- Les travailleuses familiales peuvent se rendre à domicile avec l'accord des parents, au terme d'un contrat signé. Financièrement, elles dépendent du budget de la PMI lorsque leur aide est requise en prénatal et de celui de l'AEP si elles interviennent à la suite d'une réunion de synthèse pour une situation à risque, car elles agissent alors au titre de la prévention d'un dysfonctionnement familial. Dans ce contexte il convient de saisir l'inspecteur de l'AEP avant la naissance.
- Le suivi peut se continuer par l'accueil de l'enfant au sein d'une halte-garderie, ou bien chez une assistante maternelle, ces deux types de structures dépendant de la PMI, comme on l'a vu précédemment. Cependant elles ne correspondent pas, loin s'en faut, au moyen idéal pour assumer au mieux le soutien parental. Il existe effectivement une véritable carence de moyen en matière de soutien de la parentalité. Depuis 2001 cependant existe une structure capable en

théorie de répondre à cette attente, destinée à accueillir parents et enfants dans des contextes de dysfonctionnement du lien et de trouble de la parentalité, dénommée le Centre Nantais de la Parentalité.

La maternité, l'assistante sociale, les intervenants du CMP et le service de PMI sont les acteurs principaux du réseau. En cas de difficulté nécessitant le recours à un pédopsychiatre, le médecin de PMI fait parfois appel au Centre Nantais de la Parentalité. Nous choisissons d'en détailler le fonctionnement car il représente une structure particulièrement pertinente en matière de soutien de la parentalité, qui peut illustrer les notions développées dans notre cadre théorique.

IV-3 Le Centre Nantais de la Parentalité (CNP)

IV-3-1 Introduction

Le CNP est une structure intégrée au CHU de Nantes, retenue dans le contrat d'objectif et de moyens de la psychiatrie de 2000. Il fait par ailleurs l'objet d'un partenariat avec le Conseil Général, puisqu'il intègre une collaboration avec l'ex-DISS dans le cadre d'une consultation conjointe Pédopsychiatrie-PMI. Au niveau du CHU, il a fait l'objet d'une élaboration par les trois services de pédopsychiatrie, à savoir les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et l'unité située au sein de l'hôpital Mère-Enfant. Ce projet a été longuement mûri au cours de nombreuses années d'interventions auprès de très jeunes enfants dans le cadre de la pratique de secteur mais aussi auprès d'interlocuteurs divers tels que les écoles maternelles, les crèches, la PMI, les centres d'accueil pour mères en difficulté, pour adolescentes... Il s'ancre autour de la notion de partage des compétences pour décloisonner les pratiques entre le curatif, exercé par la pédiatrie, le préventif par la PMI et le rapport à la maladie mentale par la pédopsychiatrie, et rassemble en conséquence des professionnels des trois secteurs. En outre, il répond à la demande des services qui prennent en charge les mères et le très jeune enfant, (maternité, PMI, ou ASE), qui ont fait l'analyse d'une carence en structure capable de prendre en charge les troubles de la parentalité. Enfin, il repose sur l'évolution des connaissances (cf. cadre théorique) dans ce domaine depuis ces quarante dernières années, avec la naissance de la psychiatrie périnatale, reconnue au niveau institutionnel puisque le SROS de psychiatrie 1999-2004 préconise « la collaboration réciproque entre les services de néonatalogie et les services de pédopsychiatrie et la mise en place d'unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant ». Au niveau national c'est une dizaine d'unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant qui ont vu le jour, alors que la capacité de telles structures est dix fois plus élevée en Grande-Bretagne.

IV-3-2 Effectifs

En provenance de la pédopsychiatrie, on comptabilise :

- 1 ETP de pédopsychiatre praticien hospitalier
- ½ temps de psychologue
- 1 puéricultrice
- 1 temps partiel d'infirmière spécialisée de chaque secteur de psychiatrie infanto- juvénile
- ½ temps de psychomotricienne
- 1 ASH et 1 secrétaire.

A ces effectifs s'ajoutent des professionnels de la PMI :

- 1 médecin à 30%
- ½ temps de psychologue
- 1 puéricultrice

IV-3-3 Organisation

Le CNP est une unité fonctionnelle articulée sur deux sites :

- Une partie ambulatoire localisée dans le centre ville de Nantes où sont orientées toutes les demandes de prise en charge et où sont assurés les entretiens avec le pédopsychiatre, les consultations conjointes pédopsychiatre- pédiatre de PMI, le suivi par le psychologue. Les modalités de prise en charge sont les suivantes : groupe thérapeutique pour des enfants de 2 à 3 ans, visite à domicile par l'IDE pour observation ou pour accompagnement, psychothérapie par le psychologue, accueil mère-enfant au sein de petits groupes, qui offre observation et soutien autour de moments de vie significatifs comme le bain ou le partage d'un repas.
- Une unité d'Hospitalisation Mère-Enfant, l'HOME, localisée sur le site de l'hôpital St Jacques, possédant au total 7 lits et 7 berceaux dont 4 places conjointes d'hôpital de jour. Le rythme de présence d'une femme et son bébé est variable et particulièrement souple, avec possibilité d'accueil à temps plein (mais fermeture le week-end), à temps partiel, tous les jours ou un ou deux jours par semaine, en hôpital de jour. Les modalités d'entrée ne sont que des hospitalisations libres, il n'y a jamais d'HO ni d'HDT. La durée moyenne de séjour est de 18 jours. Le principe retenu est celui de la médicalisation de toute demande, ce qui signifie que le praticien hospitalier examine l'ensemble des dossiers, pose les indications et effectue des

entretiens qui peuvent ainsi être thérapeutiques dès la première prise de contact. Ceci permet d'éliminer les problèmes les plus légers, qui ne nécessitent pas une prise en charge lourde ; 1/3 des situations peuvent d'ailleurs être réglées en 2 à 3 entretiens thérapeutiques.

IV-3-4 Indications

Les indications à une hospitalisation mère-enfant tiennent à la pathologie psychiatrique maternelle, mais aussi et surtout à la possibilité de travailler le lien. Il s'agit d'offrir à la mère un cadre contenant qui l'accompagne et la soutienne et éviter ainsi une séparation de la dyade. On allie ici le thérapeutique pour la mère et le préventif pour le bébé, lors d'un moment transitoire et temporaire qui prend tout son sens au vu de l'ensemble du dispositif, à savoir les multiples partenaires (psychiatrie adulte, médecin ou sage-femme de PMI, centres maternels...), qui sont souvent à l'origine des demandes et continueront la prise en charge une fois le diagnostic posé et la thérapie initiée.

Les pathologies concernées sont les suivantes :

- épisode psychotique aigu de la naissance
- trouble psychotique chronique préexistant
- trouble narcissique
- exacerbation d'un problème névrotique
- épisode dépressif majeur du post-partum
- pathologie addictive, à l'exception des toxicomanies qui ne sont pas suivies sur ce site.

De plus, le partenariat avec le Conseil Général vise à prendre en charge les mères dont la parentalité est fragilisée du fait de difficultés économiques, sociales, familiales ou psychologiques. L'HOME accueille de temps à autres des bébés en attente de placement provisoire par l'AEP, le séjour pouvant permettre d'aider la mère à envisager la séparation. Enfin l'unité joue parfois le rôle de relais de la néonatalogie dans les contextes de troubles anorexiques par exemple, avec un vécu difficile du retour à domicile lors de séparation précoce et de pathologie néonatale.

Les prises en charge en ambulatoire concernent des enfants souvent plus âgés, présentant pour les moins de 18 mois des troubles interactionnels, du sommeil, de l'alimentation. Les 18-36 mois offrent des tableaux d'hyperactivité, de refus des interdits, des problèmes sphinctériens pour les plus grands ou encore des dysharmonies évolutives précoces. Bien souvent les enfants

évoluant au sein des familles adressées par la PMI accusent des retards dans toutes les fonctions et souffrent de carences affectives et éducatives.

Au total, le Centre Nantais de la Parentalité représente un maillon essentiel dans la prise en charge des troubles du lien mère-enfant, aux confins des pratiques de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Son originalité réside dans le fait qu'il propose une approche thérapeutique maternelle et de prévention de l'enfant qui s'attache à éviter la séparation en proposant un accompagnement individualisé. Enfin, il permet une prise en charge pluridisciplinaire, en lien avec la PMI et peut être un lieu de recours pour la réflexion et les décisions et concernant les problématiques de séparation.

Ainsi, nous avons présenté dans cette première partie les différents acteurs oeuvrant à la maternité d'Ancenis, avant cette toute dernière évocation d'une structure innovante. Voyons désormais comment ces professionnels travaillent les uns avec les autres, pour une même population et dans un but commun, ce qui nous mène à la notion de réseau.

Présentation de l'étude

I Introduction

Cette deuxième partie va nous permettre d'examiner le type de travail qui peut être réalisé en matière de périnatalité au sein d'une maternité de proximité, avec ce que cela implique en terme d'effectifs et de particularités socioéconomiques liées à la nature même de la population cible concernée. Nous exposerons dans un premier temps quelles difficultés incitèrent les équipes à s'interroger sur leur pratique et sur les moyens de l'améliorer, ce qui nous permettra de dresser le bilan positif et négatif de cette activité, puis nous présenterons les innovations apportées à leur partenariat, avec en point d'orgue la concrétisation officielle du réseau par l'établissement d'une charte entre le centre hospitalier d'Ancenis et le Conseil Général. Dans un second temps, nous étudierons plus précisément la nature des interventions réalisées par l'assistante sociale pendant l'année ayant suivi cette prise de conscience, et leur devenir à trois ans. Pour finir nous analyserons la population étudiée et en dégageront les caractéristiques principales en termes de maltraitance.

II La réflexion.

II-1 Prise de conscience de difficultés de fonctionnement.

Le moteur initial de la réflexion menée à la maternité d'Ancenis fut le constat de la mise en difficulté des équipes (maternité -assistante sociale - service de PMI) lors de prises en charges problématiques sur le plan social, dont l'une fut particulièrement douloureuse en septembre 2000.

Exposé des faits :

Juin 2000 : suivi par le gynécologue de Melle L., future maman qui lui semble en grande difficulté. Elle vient d'un IME, présente une déficience intellectuelle associée à des troubles de la personnalité, dans un contexte familiale sordide : inceste à l'âge de 4 ans ; notion d'abus par son beau-père sur sa sœur cadette à 18 ans. En accord avec l'assistante sociale et la sage-femme chef d'unité, la décision est prise de rencontrer les différents services qui s'occupent d'elle: médecin et puéricultrice de PMI, assistante sociale de secteur, éducateur et responsable de l'IME .Cette démarche ne peut malheureusement aboutir (période de congés). Mlle L. est admise dans une maison maternelle peu de temps avant la naissance, elle accouche le 24 septembre d'un petit garçon prénommé Anthony, qu'elle reconnaît. Très vite elle fait montre d'une incapacité à

s'occuper du bébé, avec défaut d'investissement affectif majeur .Par ailleurs elle manifeste rapidement le refus de retourner au foyer d'accueil. Devant son obstination, et craignant qu'elle ne retourne à domicile sans autorisation du service avec l'enfant, l'inspecteur de l'ASE a été alerté. Le 9 octobre, Mlle L. décide de rentrer chez elle, mais abandonne le bébé à la maternité. Par la suite, elle se manifestera par téléphone mais ne viendra pas lui rendre visite. Conséquences sur le plan administratif : signalement au juge, ordonnance de garde provisoire, recherche d'une famille d'accueil qui tarde à aboutir ; au total, Anthony aura séjourné seul à la maternité du 9 au 30 octobre 2000. Sur le plan financier, prise en charge du séjour par l'ASE. Au niveau professionnel, difficulté majeure pour l'équipe qui s'est occupée d'Anthony pendant 1 mois, avec un inévitable début d'attachement au bébé et son cortège d'interrogations, colère, incompréhension et souffrance. C'est donc au sortir de cette douloureuse histoire - ainsi que d'une seconde tout-à-fait superposable- qu'est apparue évidente la nécessité d'intensifier le travail avec les autres partenaires de la petite enfance et du secteur social, afin d'améliorer le partenariat et d'anticiper les situations de crise.

II-2 Bilan.

Le 26 mars 2001 ; une première réunion associait des représentants de la maternité au service de psychiatrie adulte d'Ancenis et aux cadres des trois services de la DISS (ASE, SASGP, PMI).

Après réflexion, les difficultés et dysfonctionnements suivants sont pointés :

- Pauvreté des liens entre sages-femmes et puéricultrices de PMI qui viennent à la maternité rencontrer les mères : lors du passage des puéricultrices il n'y a pas en effet de communication systématique ente les deux équipes.
- Difficulté de suivi et d'échange entre le SASGP, la PMI et la maternité du fait de l'étendue géographique du secteur d'Ancenis et de la justesse des effectifs, ce qui nécessite une couverture de plusieurs communes en « intersecteur ». Cela rend difficile la prise en charge en continu et multiplie les intervenants, mais permet une meilleure répartition de la charge de travail entre les secteurs.
- Absence de concertation pour les cas difficiles et en particulier de concertation prénatale formalisée.
- Défaut de communication sur le suivi à long terme des familles.
- Pour finir, évoquons une particularité du secteur d'Ancenis, à savoir la présence de structures d'accueil pour handicapés à proximité. (Centres d'Aide par le Travail (CAT) à Ancenis, Instituts Médico-Educatifs (IME) à Ancenis et Varades). Il arrive que de jeunes mères

handicapées mentales soient suivies pendant la grossesse, après et pendant l'accouchement par les services de la DISS. Le secteur n'est pas pourvu en structures capables d'accueillir ces mères vulnérables, car déficientes au niveau mental, et leurs bébés. C'est dire toute l'importance d'un travail en anténatal, lorsqu'une telle grossesse débute, afin de tenter d'organiser au mieux l'accueil de l'enfant et le soutien de la mère. En 2000 un tel partenariat n'est pas formellement organisé.

Des points positifs doivent être renforcés et mis à profit :

- sensibilisation forte des différentes équipes aux problèmes d'isolement, de précarité et de vulnérabilité maternels avec des « clignotants » différents selon les professionnels, l'approche pluridisciplinaire permettant d'élargir la population détectée.
- suivi possible à court terme à la maternité et à plus long terme en PMI où s'effectue un véritable suivi de familles.
- désir mutuel des différents professionnels d'apprendre à mieux se connaître pour développer la notion de travail en réseau.

II-3 Réorganisation

Afin d'améliorer les échanges entre puéricultrices de PMI et sages-femmes, il a été décidé que chaque puéricultrice (au total trois passages hebdomadaires) rencontre la sage-femme chargée des suites de couche. Cela permet aux sages-femmes de signaler les mères pour lesquelles elles souhaitent proposer un suivi de PMI. Par ailleurs un cahier de liaison est instauré, sur lequel est inscrite toute remarque concernant une femme en difficulté, par les puéricultrices comme les sages-femmes et qui sert également de registre des interventions des puéricultrices (date, nom des femmes rencontrées, suivi organisé). Une fiche de liaison a également vu le jour, concernant les femmes non rencontrées par les puéricultrices, mais pour lesquelles un suivi PMI est jugé souhaitable par l'équipe de la maternité. Celle-ci doit en outre proposer aux mères qui le souhaitent un prise en charge du bébé par le médecin ou la puéricultrice, soit au centre de PMI, soit à domicile en cas d'impossibilité de se déplacer. De plus, afin de mieux se faire connaître de l'ensemble des mères, le Conseil Général édite depuis 2002 des plaquettes de présentation du centre de PMI, précisant les services proposés ainsi que le numéro de téléphone et les horaires, envoyées à chaque famille. En outre, dans le but d'améliorer les échanges entre la PMI et la maternité, et de parfaire le partenariat au quotidien pour l'ensemble des mères, sont organisées des réunions trimestrielles. Y sont évoquées les situations difficiles en cours ou en devenir (mères dépistées pendant le suivi de grossesse, à la maternité ou grossesses débutant au sein de familles

connues, déjà en difficulté). Mais ces réunions permettent aussi de décrire l'évolution d'une famille ou d'un enfant né à la maternité et toujours vu en consultation ou par le secteur social de PMI, ce qui permet d'associer la maternité au suivi au long cours. Enfin, depuis septembre 2001 se tient une réunion journalière entre les sages-femmes pendant laquelle sont abordés non seulement les problèmes somatiques des patientes, mais aussi des données plus subjectives comme la tristesse d'une maman, une difficulté d'allaitement, une mésentente entre des parents etc. La verbalisation de ce genre de difficulté replace ainsi au centre des préoccupations de l'équipe l'importance de l'établissement du lien précoce mère-enfant. Ces observations doivent faire l'objet de transmissions ciblées dans le dossier de soin. En sus de toutes ces démarches a été posé le principe d'une réunion de synthèse la plus précoce possible lors de toute situation de risque médico-social pour l'enfant à naître. Véritables concertations pré ou postnatales, ces synthèses peuvent réunir l'ensemble des personnels concernés : sage-femme, cadre, assistante sociale et gynécologue de la maternité, médecin et puéricultrice de PMI, membres du SAGSP ; inspecteur de l'ASE, infirmière de Santé mentale du secteur de psychiatrie voire psychiatre de liaison. C'est ici que doit se décider quelle conduite adopter pour une situation à risque particulière : suivi par travailleuse familiale et consultation au centre de PMI, préparation pour placement au centre maternel, signalement à l'inspecteur de l'ASE, séparation, procédure d'abandon.

Ainsi, du constat de difficultés d'organisation et de réponses adaptées à des situations ponctuelles sont nées une réflexion et une coordination de moyens. Ces actions ont été reconnues de manière officielle.

II-4 La charte de partenariat

En janvier 2004 a été présentée une charte de partenariat entre le Centre Hospitalier Francis Robert d'Ancenis représenté par son directeur et le Conseil Général de Loire-Atlantique représenté par le Directeur Général Adjoint de la Solidarité. Elle doit être signée au second semestre 2004. Cette charte correspond à la reconnaissance et à la formalisation de la réflexion et du travail menés par l'équipe de la maternité, l'assistante sociale de l'hôpital et les services de la DISS. La notion de **réseau** prend alors toute sa valeur.

Définition : collectif de professionnels pluridisciplinaires concernés par une même population, rassemblés autour d'objectifs communs et qui mettent au service de ces objectifs et de cette population leurs services et leurs compétences propres.

Le préambule de cette charte en précise les éléments : acteurs, objectifs et population cible.

Acteurs : cette charte entre dans le cadre de la mise en place d'un « réseau Maternité-

Petite Enfance » entre le Conseil Général, l'Hôpital d'Ancenis et le C.H.S de Blain. Le Centre Hospitalier Spécialisé de Blain est lui aussi concerné à cause de la convention entre les deux hôpitaux qui permet à une infirmière de Santé Mentale détachée du CMP d'Ancenis- équipe de secteur dépendant de Blain- d'intervenir à l'hôpital d'Ancenis, de même qu'un psychiatre de liaison.

Les objectifs sont les suivants : « prévenir les troubles de la relation parents-enfants, les carences affectives, les délaissements, les maltraitances au travers d'actions de santé et d'un accompagnement attentif et partagé des femmes enceintes et des conjoints, des parents et de leurs enfants. »

La population concernée : « publics présentant des difficultés sociales, psychiques ou relationnelles ou des déficiences préjudiciables à l'exercice de la fonction parentale. »

Le document récapitule les actions détaillées précédemment, qui visent à instaurer « une collaboration pour mieux harmoniser la prise en charge de situations prénatales difficiles (jeunes mères, souffrance psychique des mères, problèmes de déficiences mentales, difficultés sociales, précarité) ». Sont mentionnées également des actions de prévention menées à la faveur des préparations à l'accouchement, des consultations prénatales ou d'actions ponctuelles d'information. Elles portent sur les thèmes de l'allaitement, la contraception, le tabac et l'alcool. Sur le plan administratif sont précisées les modalités techniques de fonctionnement, à savoir la création d'un comité de suivi qui organise la concertation et d'un comité de pilotage qui en est le garant. Au total, cette charte représente l'officialisation d'un réseau qui s'est organisé grâce à la motivation et au travail d'équipes jusqu'ici plutôt habituées à travailler en parallèle.

Les difficultés auxquelles est confrontée la population concernée font précisément le sujet de notre étude.

III L'étude

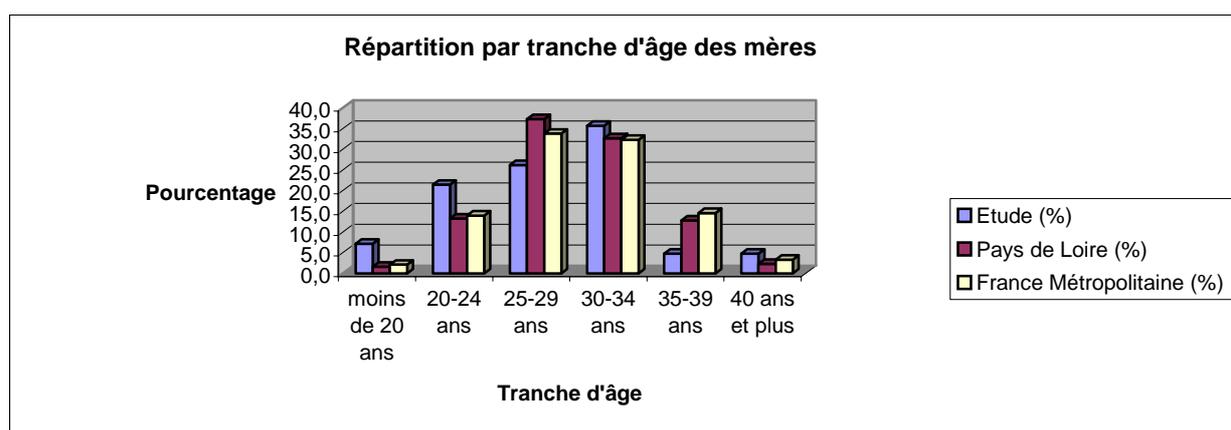
L'étude a porté sur 42 cas qui correspondent aux femmes ayant requis le passage de l'assistante sociale à la maternité en 2001, toutes causes confondues. Pour 39 d'entre elles il s'agit de femmes ayant accouché à Ancenis. Un dossier correspond à un transfert à 29SA sur Nantes pour MAP, le second concerne une fausse-couche et le dernier n'a pas eu de suites (patiente itinérante ayant accouché sur Angers).

Dans un premier temps nous allons décrire cette population d'un point de vue démographique, social et gynéco-obstétrical, puis nous préciserons la nature des interventions réalisées (administrative, sociale ou médico-sociale) et l'évolution des situations suivies ; enfin nous effectuerons le bilan de cette étude.

III-1 Descriptif

III-1-1 Démographie

La moyenne d'âge est de 28 ans, la majorité répartie entre 20 et 34 ans avec des extrêmes à 19 et 43 ans. Les moins de 20 ans représentent une part importante comparativement aux chiffres de Pays de Loire et France Métropolitaine (7%).



Secteur géographique: elles proviennent pour la plupart du canton d'Ancenis (donc de Loire-Atlantique et du Maine-et-Loire), sauf 2 appartenant aux gens du voyage et basées à cette période respectivement à Cholet et Angers.

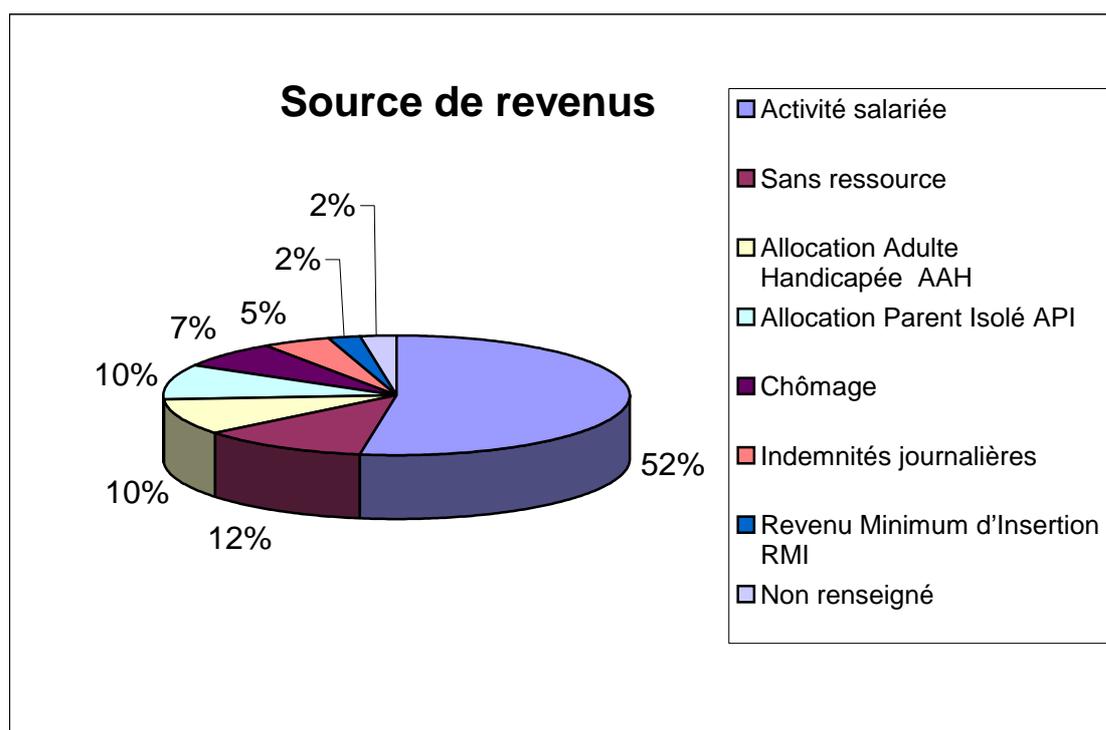
Les situations socioprofessionnelles sont réparties comme suit: 14 sans professions dont 2 de la communauté des « gens du voyage », 8 ouvrières, 6 dans le tertiaire, 4 dans l'enseignement,

2 professions libérales, 2 assistantes maternelles, 2 actives sans précision, 1 styliste et 1 agricultrice.

Situation familiale: 82% vivent maritalement et 18% vivent seules, soit 7 dossiers dont un seul correspond à un travail élaboré de mise en place et de suivi sur le plan médico-social.

Nombre d'enfants à domicile : Plus de 90% des femmes (39 sur 42) ont entre 0 et 2 enfants à domicile au moment de l'accouchement.

Sources de revenus :



Prise en charge :

- CPAM, ou autre caisse (CMSA par exemple) :35 (83,3%)
- CMU : 7 (16,7%)
- Cotisation à une mutuelle :
 - Oui pour 18
 - Non pour 20 mais critères pas toujours documentés dans la mesure où la prise charge par la CPAM est de 100% pendant la grossesse à partir du 6^{ème} mois.
 - 4 ont la CMU complémentaire.

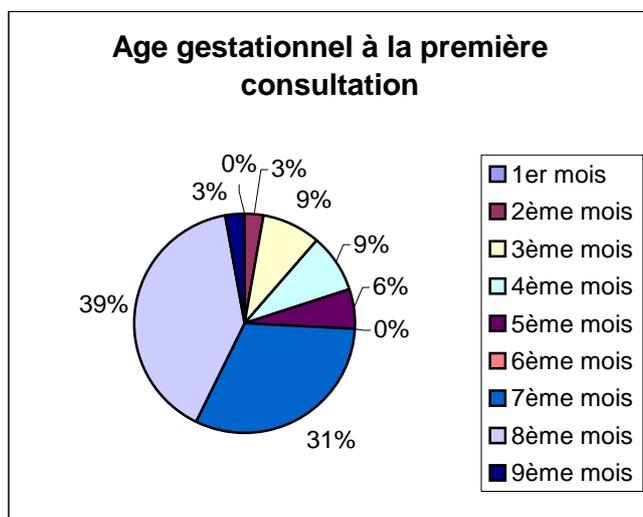
III-1-2 Suivi de la grossesse à la maternité

Nombre de consultations prénatales : la majorité des femmes (64%) a consulté lors du dernier trimestre de la grossesse, à partir de la consultation du 7^{ème} mois, voire du 8^{ème} ou lors de l'échographie de 32 semaines d'aménorrhée.

Les cas particuliers correspondent aux situations suivantes :

- Augmentation du nombre total de consultations
 - pour le suivi de 2 situations de MAP (menace d'accouchement prématuré) avec hospitalisation et 1 RCIU (retard de croissance intra-utérin)
 - pour le suivi hebdomadaire d'une patiente présentant un faux travail (consultations de sage-femme).
- Absence de consultation pour 2 cas suivis pendant la grossesse sur Nantes (dont l'une pour grossesse gémellaire au service des grossesses pathologiques).

L'âge gestationnel moyen à la première consultation prénatale est en moyenne de 29 SA.



Ce graphique illustre à nouveau l'activité habituelle des gynécologues qui rencontrent les femmes enceintes généralement pour la consultation du dernier trimestre, parfois dès le 7^{ème} mois, ce qui est de moins en moins fréquent du fait de la difficulté des gynécologues à répondre à la demande.

Ces pourcentages sont établis sur un total de 35 réponses. Les 7 autres ne correspondent pas à des consultations prénatales ou n'ont pas été vues avant l'accouchement à Ancenis :

- 1 grossesse gémellaire suivie à Nantes
- 2 femmes suivies en ville

- 1 femme de la communauté des gens du voyage vue à Angers
- 1 suivi à Nantes pour MAP
- et deux situations de précarité avec une grossesse non déclarée à l'accouchement et une autre découverte à 14 SA lors d'une consultation aux urgences pour entorse.

Nombre d'échographies réalisées : 3 en moyenne pour celles qui les ont effectuées sur place, ce qui correspond au suivi habituel pratiqué par les gynécologues d'Ancenis : réalisation des 3 échographies et suivi clinique au cours du 3ème trimestre. Les échographies peuvent cependant avoir été réalisées en ville. Par ailleurs, certaines situations pathologiques particulières ont nécessité un suivi plus rigoureux (cas du RCIU et d'un placenta marginal), 6 femmes ont consulté très tôt pendant leur grossesse et ont alors bénéficié d'échographies de datation supplémentaires. Enfin pour 6 dossiers ce critère n'est pas documenté.

Préparation à l'accouchement : Critère non documenté : 5 réponses positives, 6 négatives et 31 dossiers sans réponse.

III-1-3 L'accouchement

Poids de naissance moyen: 3232.50 g pour 40 bébés (1 naissance de jumeaux). De 2040 à 4560 g.

Terme : Moyenne entre 39 et 40 SA.

6 césariennes (14,3%) :

- 2 disproportions foeto-pelviennes dont une sur macrosomie
- 2 souffrances fœtales aiguës
- 1 utérus bi-cicatriciel
- 1 stagnation après déclenchement sur anomalie de présentation

Déclenchement : 5 déclenchements effectués dans les contextes suivants :

- Placenta marginal
- Diabète gestationnel
- Hyperuricémie
- Terme dépassé + 5 jours
- Souffrance fœtale aiguë

Transfert pour prise en charge sur Nantes :

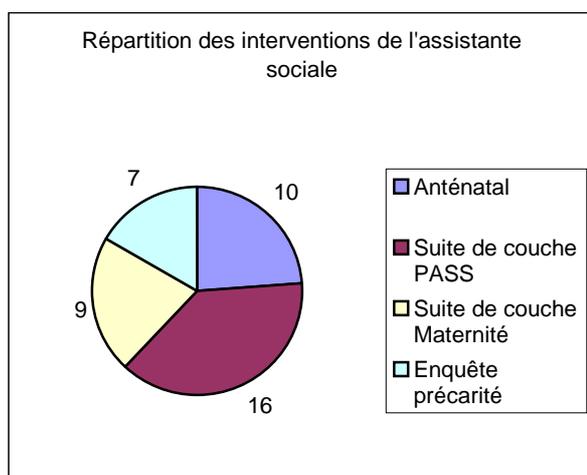
4 ont été réalisés pour les raisons rapportées ci-dessous :

- 2 pour détresse respiratoire sur maladie des membranes hyalines, l'une à 38 SA chez un bébé de 3 kg et l'autre à 35 SA+2 chez un jumeau de 2040 g ;
- 2 pour suspicion de risque infectieux dont une après rupture prématurée de la poche des eaux

Allaitement maternel : 14 femmes ont fait ce choix, soit 33%, ce qui est un taux faible, on l'a vu, en comparaison avec ceux retrouvés en Loire-Atlantique et en France.

III-2 Nature des interventions réalisées par l'assistante sociale

L'assistante sociale est intervenue auprès de 42 patientes, soit environ 6,6% des parturientes. Pour 10 patientes elle a proposé ses services en anténatal, pour les autres en suites de couches. Cependant il convient de préciser que 7 dossiers n'étaient pas initialement une réponse à une difficulté particulière. En effet le service social d'Ancenis a participé à une enquête dénommée « enquête de précarité », menée à l'initiative du ministère de la santé et qui a abouti au passage de l'assistante sociale chez toutes les femmes du service admises une journée donnée. Pour l'une d'entre elles, cela a toutefois permis un réel travail de l'assistante sociale qui a pu organiser le retour à domicile avec aide-ménagère, ce dans un contexte de menace d'accouchement prématuré. Pour les 6 autres femmes rencontrées elle n'a rien finalisé et ne se serait pas déplacée si l'enquête n'avait pas eu lieu.



Pour chaque cas nous précisons les motifs et la nature de l'intervention réalisée puis le devenir des familles en 2004, pour celles tout au moins qui sont encore suivies par la PMI.

III-2-1 Intervention en anténatal

Il s'agit essentiellement de femmes hospitalisées dans des contextes de MAP pour lesquelles le retour à domicile nécessite le repos complet et de l'aide pour diminuer la charge de

travail au quotidien. Parmi ces 10 situations, 2 ont donné lieu à une intervention des personnels de PMI, dont une prolongée jusqu'en 2003.

a). Intervention d'une aide ménagère à domicile

- Dans 2 cas de grossesses à risque sur le plan médical chez deux femmes de 32 ans ayant déjà un enfant : antécédent d'avortement spontané pour la première ; MAP à 35 semaines d'aménorrhée avec deux antécédents de fausses couches chez la seconde. Pas de suivi PMI ultérieur.
- Chez une femme de 42 ans, dans un contexte de précarité, sans profession, mari au chômage, un enfant à charge : elle a été suivie pour une grossesse à risque dès 15 SA et a rencontré l'assistante sociale dans le cadre de la PASS pour un contact avec l'ADMR, (organisation gérant les aides- ménagères en Maine-et-Loire). Puis hospitalisation à 29 SA pour une MAP et transfert au CHU de Nantes. Le suivi ultérieur a été effectué dans le Maine-et-Loire.

b) Intervention pour le passage d'une travailleuse familiale

- Cela concerne quatre femmes hospitalisées l'une pour RCIU, les trois autres pour MAP : organisation du retour à domicile avec passage d'une travailleuse familiale, enfants à charge dans trois cas, avec travail du conjoint et isolement familial à chaque fois. Aucune de ces situations n'a donné lieu à une prise en charge PMI à la naissance.
- Famille ayant déjà un enfant, contexte d'alcoolisme chez le père et un antécédent de fausse couche chez la mère. L'assistante sociale a mis en place une aide par une travailleuse familiale mais n'est pas réintervenue à l'accouchement.

c). Suivi PMI

Il s'agit de deux interventions réalisées dans le cadre de la PASS.

- Prise en charge d'une femme de 21 ans, sans domicile fixe, vivant en caravane (mais ne faisant pas partie des gens du voyage), sous tutelle aux prestations familiales (afin de surveiller la destinée des allocations familiales) et ayant 2 enfants en famille d'accueil. Elle venait pour une entorse de cheville et il a été découvert une grossesse non déclarée et non suivie de 4 mois. Contacts ont été pris avec le service de PMI, le tuteur et le CHU de Nantes où elle a été adressée pour le suivi (pour des raisons géographiques). Elle n'a pas accouché à Ancenis.
- Intervention auprès d'une jeune fille de 19 ans, habitant chez ses parents, sans ressources et sans profession, venue consulter à 26 semaines d'aménorrhée pour une grossesse initialement non désirée. Elle a bénéficié au total de 6 consultations à la maternité, accompagnée de sa mère. Dès la première, le gynécologue a fait appel à l'assistante sociale; celle-ci a aidé à réaliser les démarches

d'inscription à l'API, a pris des contacts avec sa famille, le service de PMI et les autres services de la DISS afin de prévoir au mieux les conditions de l'accouchement. La jeune femme a participé aux cours de préparation à l'accouchement, lequel s'est déroulé sous péridurale de façon eutocique, quoique un peu longue, à 41 SA+3 jours. A la maternité, l'équipe a été particulièrement attentive aux relations établies entre la mère et le bébé ; elle a fait le choix de l'allaitement maternel et au total le séjour, qui a été un peu plus long que la moyenne, s'est bien déroulé. Elle a reçu la visite de la puéricultrice de PMI et à sa sortie est venue au Centre Médico-Social (CMS) pour un suivi par le médecin.

Bilan : elle a bénéficié d'un suivi en PMI pendant plus de deux ans. Ce cheminement accompagné était tout à fait nécessaire pour cette jeune fille, étant donné sa personnalité introvertie et ses difficultés de positionnement par rapport à sa mère. Les échanges avec l'équipe de la maternité tout d'abord, puis avec la puéricultrice au CMS lui ont permis de prendre peu à peu de l'assurance dans les soins au bébé. Par la suite, les consultations avec le médecin de PMI lui ont offert un interlocuteur adulte de référence autre que sa mère, lui permettant de s'affirmer comme la personne responsable du bébé. Il est apparu indispensable au médecin de clarifier les relations avec la grand-mère, à qui elle a dû indiquer des limites car elle se positionnait de façon prépondérante dans la prise en charge du bébé, ne laissant pas à sa fille la possibilité de s'imposer comme la mère véritable.

Au total, elle a réalisé un bon investissement de son enfant et n'a pas présenté de difficultés à type de trouble du lien, aux yeux de l'équipe.

III-2-2 Intervention en suites de couches

Les interventions dans le cadre de la PASS sont au nombre de 16, elles correspondent à des prises en charge de situations de précarité, de non ouverture de droits sociaux, d'isolement familial et sont celles qui donnent le plus lieu à un suivi par la PMI. Les autres interventions sont qualifiées de « maternité » et sont pour la plupart des demandes d'organisation du retour à domicile.

a). Dans le cadre de la PASS

(1) Organisation du seul passage d'aide-ménagère (sans suivi PMI) :

Concerne 2 cas et une proposition refusée par une femme dans un contexte de précarité.

Bilan : aucun suivi ultérieur pour les deux premières, la troisième habite le Maine-et-Loire et ne relève donc pas d'un suivi PMI à Ancenis.

(2) Ouverture de droits sociaux, difficultés administratives :

Cela correspond à 4 dossiers dont 2 concernent des déclarations de grossesse non faites.

- Une jeune femme de 20 ans a ainsi accouché sans sécurité sociale ni déclaration de grossesse. Absence de tout contexte de précarité ou d'isolement. L'assistante sociale a procédé à la régularisation de ses droits et elle a ainsi pu récupérer ses indemnités de manière rétroactive. Le bébé a été transféré pour suspicion de risque infectieux. Il n'y a pas de suite sur Ancenis car elle est du Maine-et-Loire, les contacts avaient été pris avant son départ avec les services de PMI pour transmission du dossier.
- L'autre famille a donné lieu à un suivi PMI avec puéricultrice et assistante sociale. Il s'agit d'une ouvrière de 20 ans, ayant des antécédents d'IVG et de mort fœtale in utero à 20 SA précédant de peu cette nouvelle grossesse, de père différent. Bilan : Elle a été suivie la première année mais ne consulte désormais plus en PMI, les relations avec son bébé et la prise en charge étant tout à fait adaptées.
- La troisième est une femme appartenant à la communauté des gens du voyage, pour qui ont été ouverts les droits de sécurité sociale, illettrée mais bien entourée par sa famille et encadrée par l'assistante sociale de l'association des gens du voyage. Elle n'a pas été suivie par la PMI.
- La dernière est une femme vue en entretien car dans un contexte de précarité (20 ans, sans ressources, difficultés administratives), qui a bénéficié de l'aide de l'assistante sociale pour débiter les démarches en vue de l'ouverture d'un dossier d'API et qui a été vue par la puéricultrice de PMI, afin de proposer un suivi ultérieur.

Bilan : bonnes relations avec le bébé, couple stable qui est venu à la permanence (examen par la puéricultrice) au cours des premiers mois.

(3) Suivi PMI

Il concerne 9 cas. On peut distinguer 2 groupes : 4 femmes adultes handicapées et 5 dans des situations de misère sociale.

(a) Groupe des adultes handicapées.

Elles disposent toutes de l'AAH. Elles sont suivies par différentes structures : CAT association ESPER du Cellier... Elles sont toutes accompagnées du père du bébé. Dans deux cas il est lui aussi adulte handicapé, un troisième couple relève de la psychiatrie. Trois mamans sont primipares primigestes et ont respectivement 22, 28 et 30 ans, la quatrième a 25 ans et attend son troisième enfant. Elles ne sont pas vues plus précocement à la maternité puisque la première consultation a lieu à 32 SA dans 3 cas et à 37 pour la quatrième. Aucune n'a suivi de préparation à

l'accouchement. On note l'absence de problème obstétrical ou médical hormis un diabète gestationnel en lien avec une obésité, et des accouchements sans particularité. Les suites sont simples, aucun allaitement maternel n'est initié. La nature des interventions est identique dans les grandes lignes : contact avec la PMI et l'ASE, passage de la puéricultrice à la maternité, sortie avec mise en place d'une travailleuse familiale à domicile, suivi régulier obligatoire au centre de PMI où elles voient successivement la puéricultrice et le médecin.

- ***Grossesse non désirée chez des parents relevant de psychiatrie.*** Ils ont bénéficié d'un suivi mensuel au centre de PMI et d'une prise en charge conjointe assistante maternelle – travailleuse familiale- halte garderie.

Evolution : à 1 an, le bébé a été orienté au Centre Nantais de la Parentalité (CNP) et a fait l'objet d'un signalement à l'ASE. L'équipe s'inquiétait en effet pour la santé tant physique que mentale de l'enfant, la mère étant à risque de maltraitance et peu capable d'élaboration quant aux besoins nécessaires à l'éducation et à la santé psychique de son fils. Le père a été hospitalisé à plusieurs reprises en secteur spécialisé. L'enfant fait depuis l'objet d'une AEMO rendant obligatoire un suivi médical mensuel, la présence d'une travailleuse familiale, une prise en charge au CNP et son placement à la demi-journée chez une assistante maternelle. Actuellement les consultations médicales ne sont plus effectuées par un médecin de PMI (rupture de confiance), mais par le médecin traitant de la famille.

- ***Couple déficient intellectuel en attente d'un troisième enfant.*** La maman de 25 ans, sans profession, déjà connue des services de l'ASE, a été vue par l'assistante sociale pour organiser le retour à domicile avec une travailleuse familiale et un suivi PMI régulier. A noter un contexte de violences conjugales.

Bilan : la famille est toujours suivie par les services concernés, les parents sont désormais séparés mais une quatrième grossesse –non désirée- est en cours. Les deux aînés font l'objet d'une AEMO, un placement en famille d'accueil est même envisagé pour le premier. Cette maman investit tout à fait correctement ses grossesses, ses difficultés viennent ensuite, quand les enfants grandissent et acquièrent une certaine autonomie ; elle fait montre alors d'une totale incapacité à les prendre en charge sur le plan éducatif. En ce qui concerne le bébé à venir, une synthèse de prévention a été organisée avant l'accouchement. On envisage la prise en charge des plus grands au moment de l'accouchement au sein du « Petit passage », foyer d'accueil pour enfants de la Croix Rouge, qui propose un relais parental en cas de difficulté ponctuelle ; c'est un service de proximité qui vise à soutenir la fonction parentale.

- *couple de déficients intellectuels travaillant en CAT*, rencontrés au moment de la naissance de leur premier enfant. Le retour a là encore nécessité une travailleuse familiale pendant 6 mois et la visite à domicile de la puéricultrice de secteur.
3 ans plus tard: le suivi est désormais réalisé par le médecin généraliste. Les parents se sont montrés capables de s'occuper correctement de leur enfant, sous couvert d'une aide, ce plus particulièrement au cours des premiers mois qui ont représenté pour eux un véritable apprentissage.
- Pour finir, évoquons *le cas d'une jeune maman débile légère*, qui a accouché de son premier enfant dans un contexte d'isolement familial. Le trio médecin- puéricultrice de PMI- travailleuse familiale l'a prise en charge selon les mêmes modalités que précédemment.
Evolution: le petit garçon est venu en consultation jusqu'à environ 2 ans. La mère éprouve des difficultés à lui imposer des limites et à appliquer les conseils dispensés. Par ailleurs est venu se greffer un problème de couple. Cependant l'enfant présente pour l'instant un développement sans particularité.

(b) Précarité sociale

Elles sont au nombre de 5 ; viennent toutes pour leur troisième enfant et sont dans des situations de précarité sociale, affective ou financière :

- 4 sans profession et une ouvrière en usine de chaussures.
- 2 femmes seules touchant L'API
- 1 CMU

Les accouchements sont eutociques, aucun transfert n'est réalisé ; une seule femme choisit l'allaitement maternel.

Nature des interventions :

- Intervention sur la notion de contexte familial difficile, le père étant incarcéré pour attouchements sexuels. La mère de 30 ans est en difficulté financière et psychologique. Le retour à domicile est organisé avec un suivi PMI. La maternité a contacté l'assistante sociale de la DISS afin de monter le dossier de prise en charge d'une intervention chirurgicale réparatrice pour l'enfant (appendice médian du menton).

Bilan: absence d'information car domiciliée dans le Maine- et -Loire.

- Une femme de 20 ans sans profession, vivant chez ses parents, ayant déjà un enfant à charge, et un autre placé en famille d'accueil. Cette maman et ses enfants sont dans une très grande précarité affective, sociale et économique. A sa sortie elle bénéficie d'un suivi en PMI. La déclaration de grossesse et l'ouverture des droits sociaux sont effectués par l'assistante sociale et elle rencontre à la maternité la puéricultrice de PMI afin d'instaurer un suivi.

Evolution : Suivi PMI et DGAS toujours en cours. En 2003 en effet débute une quatrième grossesse, non suivie, d'un père différent(très jeune homme vivant chez ses parents, avec lequel existent des relations conflictuelles). La mère est toujours hébergée chez des proches et ses trois premiers enfants sont placés en famille d'accueil. La veille de Noël naît à 33 SA une petite fille de 2,2kg qui est transférée à Nantes. Une synthèse de prévention a été réalisée avant l'accouchement et la mère doit se conformer aux décisions suivantes : sortie de la maternité à condition de trouver un logement d'urgence, obligation de consulter le médecin de PMI tous les 15 jours, et de recevoir la visite de la puéricultrice toutes les semaines ainsi que l'assistante sociale de PMI. Après quelques mois de suivi, l'équipe exprime une grande inquiétude au sujet du bébé. La mère est totalement immature et se révèle incapable d'investir son enfant à long terme. Les enfants ne sont généralement pas placés tant que subsiste un lien mère-enfant, mais désormais la question se pose dans la mesure où apparaît, pour le dernier comme pour les premiers, un trouble de l'attachement. Décision est alors prise de renforcer le soutien PMI pour le bébé qui est placé en journée chez une assistante maternelle et dans une halte-garderie, dans l'attente d'une décision éventuelle de séparation.

- Intervention en raison de l'isolement familial et de la précarité d'une femme de 39 ans (troisième enfant mais nombreuses fausses couches). La famille est décrite comme « à risque » du fait de l'alcoolisme du mari. Des contacts sont pris avec la DISS et l'assistante sociale de la commune ; le passage d'une travailleuse familiale est organisé.

Bilan : suivi PMI initialement mais qui n'est plus en cours, bonne interaction mère-enfant, suivi médical assuré par le médecin généraliste.

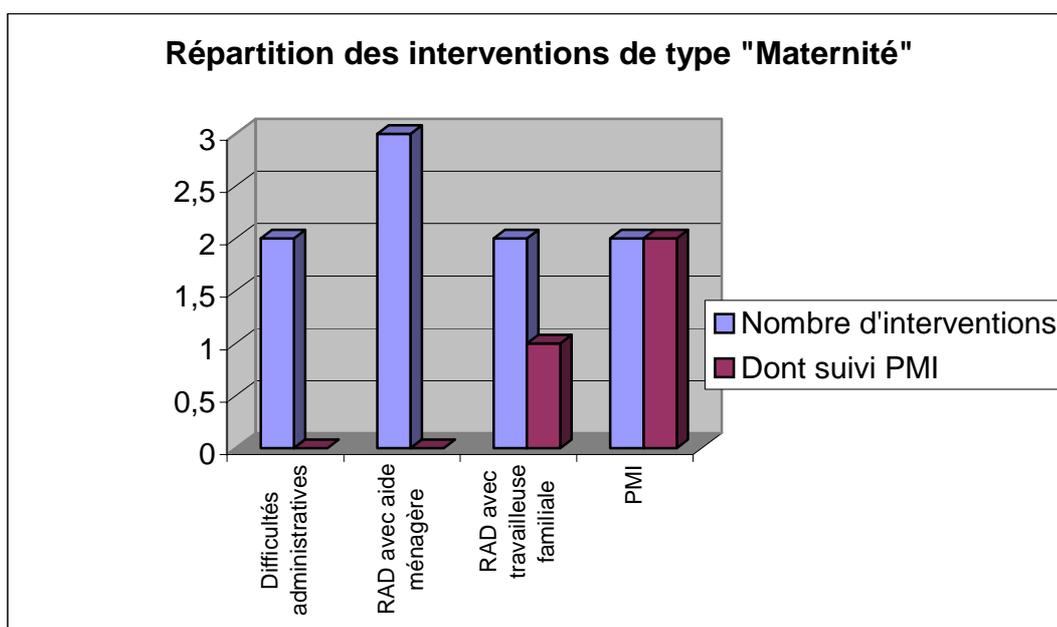
- Intervention sur la notion de précarité, chez une femme de 31 ans sans ressources propres, en conflit avec son conjoint, régulièrement hospitalisé en psychiatrie pour éthylisme. L'assistante sociale prend contact avec la DGAS afin d'organiser le suivi.

Evolution : Il existe une importante souffrance de l'ensemble de la fratrie qui fait l'objet d'une AEMO ; l'aîné est d'ailleurs placé en famille d'accueil. Un quatrième bébé est né en 2003 ; un suivi conjoint PMI- DGAS est donc toujours en cours.

- Dernière femme ayant requis les services de l'assistante sociale dans le cadre de la PASS : 28 ans, deux enfants, sans profession, bénéficiant de l'API et vivant au domicile de ses parents. Contexte difficile d'une mère dépressive, suivie en CMP, avec la notion de violence conjugale et de toxicomanie. La grossesse est suivie normalement, elle est venue dans la région chez sa mère au moment de l'accouchement. Les démarches suivantes sont effectuées : contacts avec la PMI débouchant sur le passage de la puéricultrice, et signalement à l'assistante sociale pour aborder le problème de l'avenir professionnel. Le suivi en consultation n'a duré qu'un temps car elle est repartie dans sa région d'origine; le médecin de PMI a donc transmis le dossier au Centre Médico- Social concerné.

b). Suivi de type « maternité »

Il s'agit de femmes qui, à priori, ne sont pas en situation de précarité. Deux situations ont donné lieu à un travail d'ordre administratif, 5 femmes ont eu recours à une aide pour rentrer à domicile, deux sont davantage fragilisées et seront suivies par la DGAS.



(1) Régularisation d'hospitalisation

Pour commencer, cas très particulier d'une parturiente de 33 ans, britannique travaillant et vivant en France depuis peu, dont le quatrième enfant est le premier né ici. La déclaration de grossesse n'avait pas été réalisée, l'assistante sociale a dû gérer essentiellement des difficultés administratives de régularisation de situation. Contacts ont été pris avec la CPAM, sa mutuelle, le

rectorat (car elle est enseignante), afin qu'elle puisse bénéficier d'un congé maternité. Il n'y a pas eu de suivi ultérieur de la famille par la PMI.

Autre cas particulier ayant requis des compétences d'ordre administratif : une femme appartenant à la communauté des gens du voyage. Des démarches pour régulariser l'hospitalisation et déclarer l'enfant ont ainsi été effectuées. 33 ans, 6 enfants, vivant en caravane, sans conjoint mais extrêmement bien entourée par la famille et par une assistante sociale propre à leur communauté, cette maman n'a pas donné lieu à un suivi PMI, tout au moins en Loire-Atlantique.

(2) Organisation du retour à domicile

3 interventions ont permis un retour à domicile avec aide-ménagère, pour soulager des mamans au profil identique : absence de précarité socio-économique, vie maritale, mais isolement géographique familial et contexte d'accouchement difficile :

- Une césarienne pour anomalie de la présentation et stagnation après déclenchement ; nouveau-né transféré car rupture prolongée de la poche des eaux et infection néonatale.
- Une césarienne pour disproportion fœto-pelvienne chez une femme porteuse de spondylarthrite ankylosante.
- Accouchement très long mais pas de césarienne chez la troisième.

Voyons ensuite les deux motifs d'emploi d'une travailleuse familiale :

- Contacts avec l'ADMR pour une femme de 26 ans ayant déjà 2 enfants ; notion d'isolement familial. La travailleuse familiale prise en charge par la CAF intervenait déjà avant l'accouchement ; aucun suivi PMI n'a été nécessaire.
- Vient ensuite l'unique grossesse gémellaire de la série, maman insulino-dépendante suivie à Nantes. Elle accouche à Ancenis de deux garçons de 2500 et 2040 g ; le deuxième est transféré à cause d'une maladie des membranes hyalines (MMH). Le mari travaillant, est organisée pour aider le couple l'intervention d'une travailleuse familiale à domicile, d'autant plus qu'ils ont déjà une petite fille de 3 ans. Contact est pris avec la puéricultrice de PMI qui les suivra à la sortie. Pas de difficultés particulières évoquées à leur sujet, le suivi par la puéricultrice a été de courte durée.

(3) Suivi PMI

2 situations correspondent à de véritables difficultés médico ou psycho-sociales.

- jeune femme de 25 ans, ouvrière célibataire aux capacités intellectuelles très limitées. Elle n'est pas accompagnée du père du bébé et se trouve de plus isolée au niveau familial. Dans ce cas existe un cumul de difficultés sociales et médicales puisqu'elle est césarisée (malformation utéro-vaginale) et que l'enfant est transféré au CHU de Nantes pour détresse respiratoire sur MMH. La DGAS et la PMI sont tenues informées de cette situation et un suivi au long cours est instauré afin d'accompagner cette maman.

Evolution : l'enfant est adressé à un CAMS en 2003 car il présente un retard global de développement (séquelles de souffrance fœtale probables) avec marche acquise à 22 mois et retard de langage (il ne parle pas à 3 ans). La mère reste dans une situation d'isolement social et de précarité ; elle éprouve de grandes difficultés à appréhender le retard présenté par son enfant et est très démunie en matière d'éveil et d'apprentissage. Par ailleurs, la situation vis-à-vis de l'assistante maternelle est particulièrement délicate ; celle-ci est actuellement en très grande souffrance, dans un contexte de perte d'enfant, et ne sait pas toujours respecter la place de la mère, lui tenant un discours très dévalorisant.

- Pour finir, évoquons le cas d'une femme qui a présenté une psychose puerpérale et a été ré-hospitalisée à 8 jours de l'accouchement avec l'enfant. Elle a été prise en charge à la maternité par l'infirmière de secteur et la psychiatre de liaison puis par le Centre Médico-Psychologique d'Ancenis pour le retour ; un suivi conjoint CMP et PMI a été organisé avec, pour la PMI, la visite de la puéricultrice et d'une travailleuse familiale à domicile.

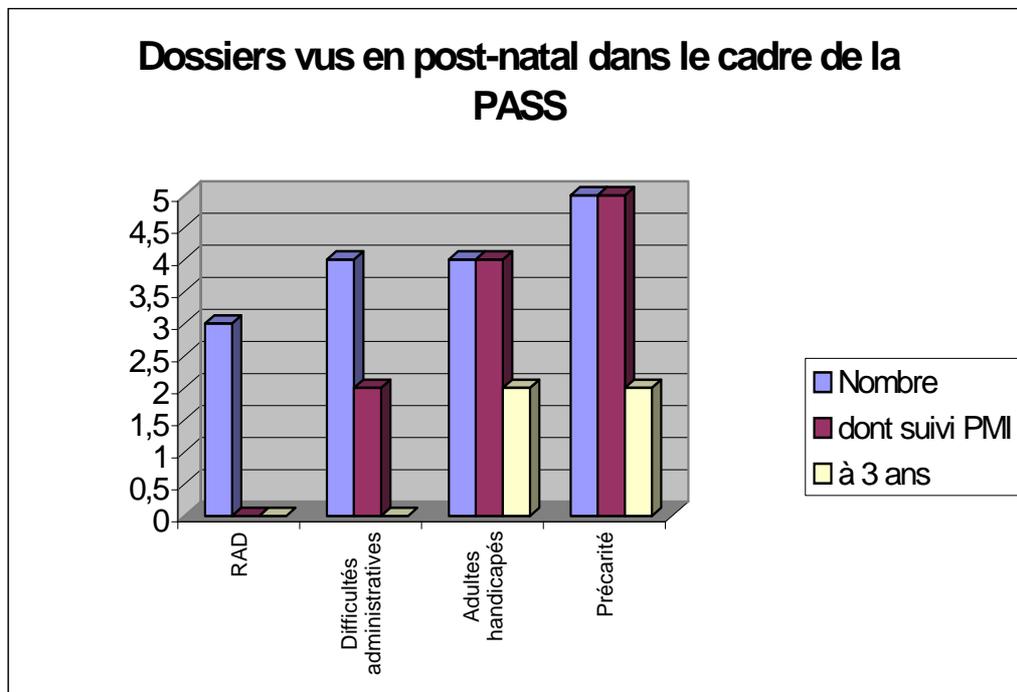
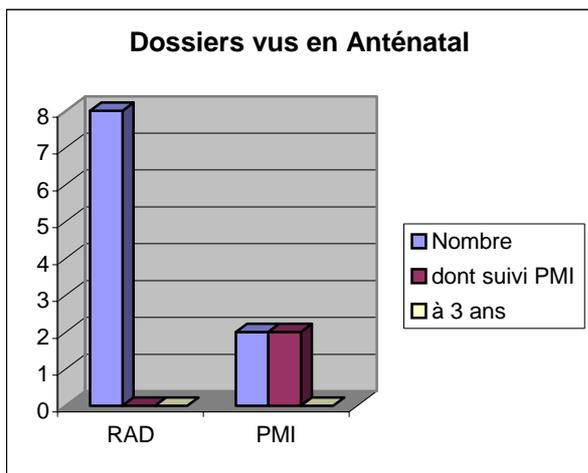
Bilan : le suivi PMI a cessé après plusieurs semaines devant la constatation d'une évolution favorable.

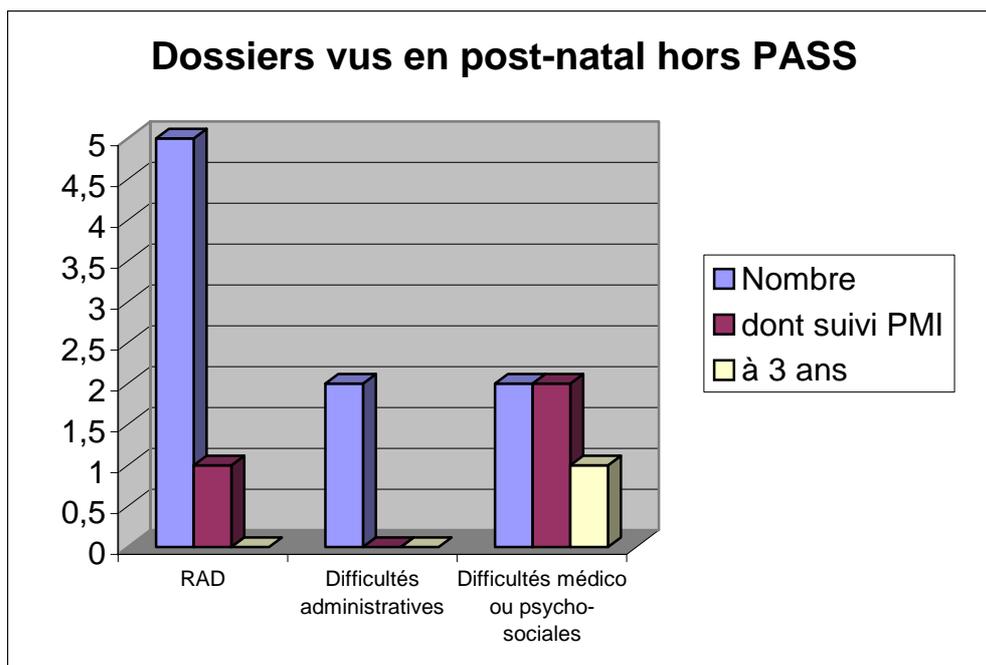
III-3 Réflexion autour de l'étude

Dans un premier temps nous allons présenter le bilan de cette étude en quelques chiffres, puis nous tenterons de discerner quelles en sont les particularités, *i.e.* rechercher comment ces familles peuvent illustrer les données de la littérature ; ensuite il sera intéressant d'évoquer le devenir des familles qui n'avaient pas posé de problème particulier pendant le séjour.

III-3-1 L'étude en quelques chiffres

Nous pouvons présenter l'évolution des suivis comme suit, en précisant pour chaque catégorie le nombre de dossiers concernés, le nombre de suivis PMI débutés, et le nombre de suivis PMI encore en cours à trois ans.





Ainsi, sur 10 interventions en anténatal :

- 8 sont motivées par des raisons médicales, puisqu'il s'agit d'organiser le retour en allégeant la charge de travail pour la mère.
- Les deux autres correspondent à de véritables situations socialement à risque, dont l'une a été perdue de vue et l'autre a bénéficié d'un travail d'accompagnement prolongé pendant 2 ans.

En postnatal, on constate :

- 16 interventions dans le cadre de la PASS, 11 à l'origine d'un suivi PMI dont 4 sont toujours en cours.
 - 5 interventions dans un contexte de précarité qui ont donné lieu à 5 suivis PMI dont 2 toujours en cours et en commun avec la DGAS.
 - 4 cas d'adultes recevant l'AAH, tous suivis en PMI, dont 2 ont comme conséquence un suivi par la DGAS et la PMI toujours d'actualité.
 - 4 interventions pour régler des problèmes d'ordre administratif, aboutissant à 2 suivis en PMI non prolongés.
 - 3 organisations de retour à domicile.
- 9 passages en maternité en dehors de la PASS, 3 suivis PMI organisés, dont un toujours en cours et une implication du CMP de secteur.

Au total, sur 14 prises en charge initialement par la PMI, ce sont donc 5 femmes et leurs bébés qui rencontrent encore régulièrement le médecin de PMI en 2004.

NB: quatre dossiers sont perdus de vue, l'un pour cause de déménagement, les trois autres concernant des femmes ayant été hospitalisées à Ancenis mais habitant le Maine-et-Loire. Ils ont fait néanmoins l'objet d'une information au service de PMI du département d'origine. Les responsables de la maternité et du service de PMI d'Ancenis sont conscients qu'un effort de communication pour intégrer davantage la PMI du Maine-et-Loire au réseau est indispensable, étant donné la répartition géographique du secteur.

Globalement, on remarque que le travail requis en anténatal est de l'ordre de l'organisation du retour à domicile, alors que les situations traitées en suite de couche donnent davantage lieu à une collaboration avec la PMI. Ceci s'explique fort simplement par le fait que les femmes hospitalisées pendant leur grossesse le sont pour des raisons médicales, à savoir le plus fréquemment une menace d'accouchement prématuré, ce qui peut nécessiter une aide technique lors du retour à la maison à type d'aide ménagère ou de travailleuse familiale. Il faut cependant nuancer ce propos en précisant que pour certaines femmes rencontrées après l'accouchement, l'assistante sociale avait déjà été avertie au cours de la grossesse du séjour prochain à la maternité, alertée soit par le gynécologue qui avait examiné la femme en consultation, soit par la PMI ou la DGAS via le service de PMI, dans les cas de familles en cours de suivi.

III-3-2 Quels facteurs de risque présentent les familles ?

a). Précarité

Facteur prépondérant chez les familles qui donnent le plus d'inquiétude aux services concernés par la protection et la santé des enfants. Parmi ceux-ci, on peut citer les difficultés économiques et sociales avec chômage d'un ou des deux parents, pauvreté intellectuelle et absence de formation professionnelle. Sur les 5 cas encore en cours de suivi, 4 s'inscrivent dans la PASS et pas une seule de ces femmes n'exerce une profession ou n'a de formation ; deux sont qualifiées d'adultes handicapées et une de déficiente mentale. Un des facteurs de fragilité cités dans la littérature au sujet de la précarité est l'isolement d'un parent au sein d'une famille monoparentale, une femme très fréquemment, avec des difficultés majorées par l'absence de formation professionnelle ou le bas niveau de revenu et la dépendance envers des allocations diverses. Dans notre série on compte 6 femmes sans conjoint (soit 1 femme sur 7). Mais on remarque que sur ces 6 cas, 4 ont donné lieu à un suivi en PMI, dont un jusqu'en 2003 et deux encore en cours. Ainsi cela représente un facteur qui a son importance au sein de notre courte série.

b). Déficience mentale

C'est l'autre facteur de risque prépondérant de cette étude puisque les handicapés rencontrent, on l'a vu, de véritables difficultés en tant qu'adultes responsables d'enfant. Les quatre couples ont bénéficié d'une prise en charge initiale associant médecin, puéricultrice de secteur et travailleuse familiale ; deux familles sont accompagnées par la DGAS et une seule a progressé de telle sorte que le suivi est désormais effectué simplement par le médecin généraliste. Les difficultés rencontrées peuvent survenir à deux niveaux. D'une part aux tous premiers temps d'observation à la maternité, avec une pauvreté des affects et des échanges avec le bébé, une incapacité à le prendre en charge, à se responsabiliser et à répondre à ses besoins de manière adaptée. Se manifeste alors un réel trouble de l'attachement avec risque d'absence de lien mère – ou père- enfant. Par la suite, quand vient le moment où les parents doivent devenir éducateurs et offrir un cadre structurant à leur progéniture, leur incapacité à cerner cette nécessité de règles éducatives peut devenir nocive au développement. A l'inverse, la méconnaissance des besoins et capacités réelles du bébé peut également inciter des parents à demander trop à leur enfant et à avoir des exigences de propreté, de compréhension ou de comportement totalement inadaptées. On revient ainsi directement à la définition de la maltraitance de l'OMS pour qui l'enfant est à risque quand il vit dans des conditions de carence d'éducation, de moralité, de sécurité ou d'entretien.

c). Absence de déclaration de grossesse

C'est un motif clairement identifié par le personnel de la maternité comme étant un clignotant qui doit faire intervenir l'assistante sociale, d'une part pour régulariser la situation, d'autre part pour participer à l'évaluation de la situation sociale. Sur cette année 2001, elle s'est déplacée dans ce contexte à 5 occasions. Une des cas n'était absolument pas inquiétant (femme d'origine britannique n'ayant pas effectué correctement les démarches auprès de la sécurité sociale). Les quatre autres par contre se sont soldées par un suivi PMI, dont l'une en commun avec la DGAS. Ce critère, bien connu des spécialistes de la question est donc parfaitement illustré au sein de cette série, puisque quatre situations sur cinq correspondent à de véritables tableaux de précarité. Cependant pour une seule femme l'absence de déclaration et même de diagnostic est l'élément révélateur ; pour les autres en effet, la situation de précarité est telle que d'emblée repérée. En d'autres termes, on peut penser que la prise en charge aurait été la même si la déclaration de grossesse avait été effectuée car ces mères présentent d'autres antécédents qui les caractérisent comme étant à risque. Cela met en exergue le fait que les femmes qui sont en situation de précarité cumulent bien souvent plusieurs types de carences, qu'elles soient d'ordre professionnel, économique et social, mais aussi affectif ou intellectuel. Les 4 situations les plus douloureuses de cette étude offrent ainsi l'exemple d'un déficit intellectuel chez des femmes sans

ressources, sans profession, en situation de crise conjugale avec un conjoint lui aussi en difficulté (psychiatrique ou alcoolique) et vivant un échec dans leur relation avec leurs enfants.

d). Ages extrêmes et multiparité

Ces deux critères peuvent être également des indicateurs de risque de maltraitance. Les âges extrêmes dans cette étude ne semblent pas être particulièrement discriminants. Pour les familles qui rencontrent le plus de problèmes, les mères sont âgées en moyenne de 26 ans (de 20 à 31 ans). Il y a 4 primipares et deux femmes de parité 3, qui ont donné naissance à un quatrième enfant deux ans plus tard ; c'est le cas de la plus jeune qui a ainsi 4 enfants à 22 ans, ce qui, au vu des conditions de précarité qui sont les siennes, est sans nul doute alarmant. A l'inverse, si l'on regarde les quelques cas de grande multiparité- définie ici très arbitrairement par la présence de déjà 3 enfants dans la famille- on retrouve d'une part 2 familles sans particularité, d'autre part une famille itinérante, non suivie par la PMI. Là encore s'exprime la notion qu'un facteur de risque isolé n'est pas discriminant en lui seul et voit sa spécificité renforcée par la coexistence d'autres facteurs.

e). Grossesse et adolescence

Cette situation délicate se retrouve dans l'histoire de cette jeune femme de 18 ans au premier contact, 19 ans au moment de l'accouchement, qui n'est certes plus une adolescente, mais pas encore une adulte et en tout cas immature, démunie et dépendante de ses parents. La réussite de sa prise en charge réside sans doute dans la mobilisation précoce des différents intervenants, à la demande du gynécologue dès sa première consultation à 26 SA. Chaque année en moyenne l'équipe prend en charge une à deux grossesses chez des adolescentes, qui vont systématiquement rencontrer l'assistante sociale et la puéricultrice de PMI, voire l'infirmière de liaison selon les besoins, en vue d'un suivi ultérieur et d'une préparation optimale à l'arrivée du bébé.

f). Grossesse et toxicomanie

Un seul cas évoque la possibilité d'addiction dans notre série, qui n'a pas de suite connue puisque le dossier a été transmis en Seine et Marne et est sans retour. L'expérience des deux équipes en matière de toxicomanie est réduite puisque c'est une situation à laquelle elles sont peu confrontées. Cela tient sans doute au type de population concernée et est plutôt l'apanage des maternités situées en zone plus urbanisée.

g). Population nomade

Les gens du voyage sont une particularité du recrutement de l'hôpital d'Ancenis, du fait de la présence de plusieurs camps à proximité, et de la situation géographique d'Ancenis entre Nantes et Cholet (siège d'un important foyer). Cette population est tout à fait particulière par le

mode de vie choisi et la forte appartenance à une communauté et une culture propre. On retrouve plusieurs indicateurs de précarité au sein de cette population (illettrisme, absence de formation professionnelle, dépendance envers des allocations et des minima sociaux, grande multiparité de femmes parfois très jeunes), mais on ne note traditionnellement pas de problème de maltraitance ou de carence de soins parmi ces familles. Les femmes sont rarement isolées, le lien intergénérationnel est très présent et permet une transmission efficace des gestes de soins aux tout petits. Ce n'est pas une mère seule qui rentre s'occuper d'une fratrie en plus du nouveau-né, au terme d'un temps de séjour en maternité souvent écourté, mais plutôt une communauté de plusieurs générations de femmes qui prennent en charge une ribambelle d'enfants, en s'entraïdant. Sur l'année 2001, l'assistante sociale est intervenue 2 fois à la maternité pour des femmes issues de cette communauté. Elle a réglé des problèmes d'ordre administratif : régularisation de droits sociaux pour l'une, et déclaration de naissance pour l'autre. Des contacts ont été pris avec l'assistante sociale présente au sein de leur association, mais pas avec les services de PMI. Les services dispensés le sont dans le cadre de la PASS. Ces populations sont généralement hautement consommatrices de soins, par le biais de la CMU et de la PASS, et consultent facilement dans le centre de PMI qu'elles ont bien repéré, ou chez un médecin généraliste. Cependant, du fait de leurs déplacements le suivi n'y est pas régulier. Le problème majeur identifié par le médecin de PMI dans cette communauté est de l'ordre du conflit intergénérationnel, qui se pose en particulier pour de très jeunes mères. Celles-ci, de par la nature même des liens familiaux, (présence écrasante d'une mère, d'une tante...) sont en difficulté de positionnement envers leur enfant.

III-3-3 Mise en échec du repérage ?

Après trois ans de recul, il nous a semblé intéressant de rechercher des défauts de repérage, c'est-à-dire des familles qui ont pu poser des problèmes de maltraitance ou qui ont fait l'objet de mesures de protection pour leur(s) enfant(s), alors que les équipes de la maternité et de PMI n'ont pas jugé opportun de les accompagner plus particulièrement, lors de leur séjour. La problématique est simple à poser mais plus délicate à résoudre car les acteurs de la protection de la petite enfance cités dans ce travail n'ont pas l'apanage de la prise en charge de l'enfance en danger et des troubles de la parentalité. Tout d'abord, il existe deux voies possibles pour effectuer un signalement au juge des enfants. Ce signalement est le plus fréquemment l'œuvre d'un inspecteur de la DGAS, mais il peut également provenir directement de la saisine du procureur de la république. Dans un deuxième temps, lorsque est mise en œuvre une mesure d'AEMO, celle-ci peut être le fait de l'AEP, mais pas seulement. Il existe en effet plusieurs autres services d'aide éducative et familiale, d'ordre privé, tels que l'Action Educative et Familiale, le Relais Familial,

ou le Service Social de Protection de l'Enfance. Dès lors, il devient difficile de prétendre à une vérification exhaustive du devenir des familles par la seule interrogation de l'AEP et la PMI.

Il a alors été décidé de rechercher en amont de la prise en charge, c'est-à-dire en faisant appel aux médecins généralistes. Ce recours a ainsi permis de documenter seize dossiers ; 4 sont perdus de vue pour des raisons de changement de domicile ou de médecin. En pratique, nous pouvons affirmer qu'aucune des 20 familles qui n'avaient pas fait l'objet de démarche par la PMI n'a donné lieu par la suite à un signalement à l'AEP, celle-ci restant tout de même la voie la plus fréquente de prise en charge, avec information systématique à la PMI pour tout enfant de moins de 6 ans. De plus, parmi les 16 dossiers sur lesquels les médecins généralistes se sont exprimés, aucun ne donne lieu à des inquiétudes particulières en matière de maltraitance, d'enfant à risque ou en danger.

Le constat est donc positif en ce qui concerne le repérage des familles et le fonctionnement du réseau sur cette année 2001.

Discussion Générale

Dans un premier temps, nous dresserons, en support de réflexion, le bilan de ces trois années de travail en réseau, à la lumière du premier rapport d'activité établi sur l'année 2003. Dans un deuxième temps nous commenterons les forces et faiblesses des acteurs et analyserons plus précisément les principales difficultés rencontrées. Enfin nous réfléchirons à ce que la littérature et la recherche en matière de prévention de la maltraitance pourraient apporter à leur exercice au quotidien.

I Bilan après 3 années de recul

I-1 Evolution de l'activité du secteur social à la maternité sur trois années

	2000	2001	2002	2003
PASS	16	21	18	29
Maternité	26	24	21	23
Total activité	42	45	39	52
Pourcentage PASS/Total	38%	46,7%	46,1%	55,8%
Total naissances	697	641	696	755

On constate une progression régulière de l'activité au sein du dispositif PASS, qui dépasse même l'activité maternité en 2003.

I-2 Rapport d'activité de 2003 du réseau de périnatalité

Le premier bilan annuel du réseau Maternité- Petite enfance, officialisé par la Charte de partenariat a été rédigé en mars 2004. On rappelle l'importante augmentation du nombre de naissances en 2003 avec un total de 755 naissances.

I-2-1 Bilan

Le cahier de transmission a permis l'échange d'informations qui ont abouti à la visite par les puéricultrices de PMI de 111 patientes, soit 14,7% des femmes ayant séjourné à la maternité.

Le travail du réseau peut être comptabilisé comme suit :

- 65 situations abordées en réunion trimestrielle, dont 42 nouvelles.
- 20 situations suivies par la PMI, 14 sont vues en consultation d'enfant.
- 12 mères prises en charge par le CHS de Blain., 3 rencontrent la psychologue de l'AEP.
- 3 synthèses de prévention à l'origine d'un placement à la naissance et de 2 mesures d'AEMO.

Sur les 42 situations, on note que 19 ne sont pas dans la PASS, et correspondent surtout à l'instauration d'aides à domicile (travailleuse familiale), à l'exception de deux grossesses non déclarées.

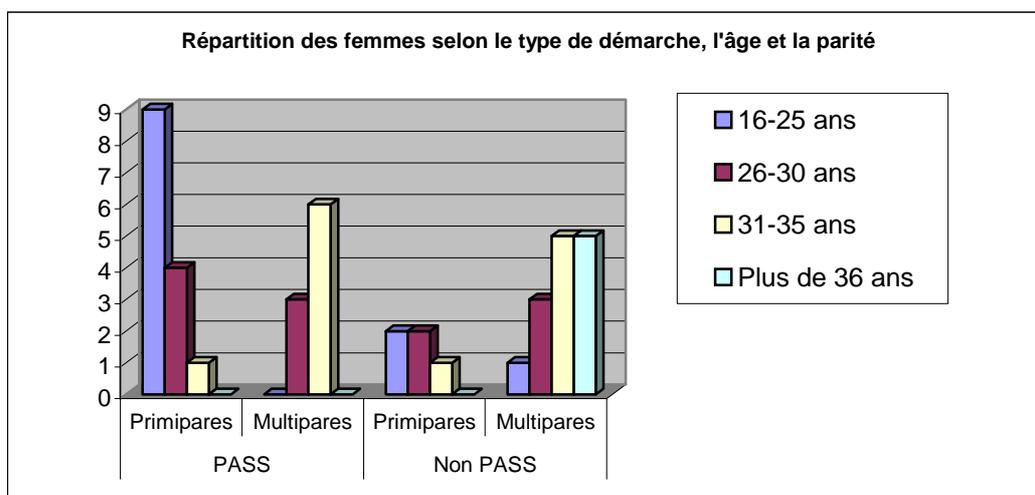
Caractéristiques des 23 situations entrant dans le cadre du dispositif PASS :

- 4 aides médicales état (régularisation de situation)
- 10 familles monoparentales
- préexistence pour certaines d'un suivi antérieur PMI ou de secteur
- 8 grossesses non déclarées ou tardivement
- 15 femmes touchant les minima sociaux

On constate une augmentation globale, en nombre d'interventions, mais la nature des démarches effectuées est habituelle. A noter cependant l'importance des familles monoparentales par rapport à 2001 ainsi que le nombre de grossesses tardives.

Essayons maintenant de préciser les caractéristiques des femmes rencontrées.

I-2-2 Répartition des femmes selon le type de démarche, l'âge et la parité.



On note essentiellement la différence de répartition des primipares que l'on retrouve majoritairement au sein du dispositif PASS, à l'inverse des multipares (64,3% en maternité). On ne peut toutefois bien étudier ce critère de multiparité dans la mesure où l'on ne dispose pas de chiffres précis sur le nombre d'enfants.

I-2-3 Evolutions à la maternité

Ces trois années sont synonymes de changement au sein de la maternité, non seulement au niveau quantitatif en raison de la création de postes de sages-femmes et d'auxiliaires de puériculture (cf. première partie), mais aussi au niveau de la réflexion globale sur la prise en charge des femmes et des bébés. Dans le cadre de l'accréditation, un certain nombre de protocoles ont été rédigés. Ainsi sur un plan thérapeutique, on peut citer un protocole de gestion de la douleur chez le nouveau-né. Par ailleurs un important travail de réflexion collective a été réalisé à l'initiative des cadres de la maternité, portant sur les aspects relationnels et éducatifs des soins. Ces travaux de groupe ont permis d'élaborer un protocole de sortie, utilisé par les parents ou les stagiaires, qui consiste à évaluer si chacune des questions qu'une mère est en droit de se poser (à propos des soins, de l'allaitement, de la contraception...) a reçu une réponse adaptée au cours du séjour. Enfin sur un plan pratique, la recherche de l'amélioration de la prise en charge des familles, pendant et après l'accouchement, a été finalisée par différentes actions. En ce qui concerne le bébé, en plus du protocole relatif à la douleur, un protocole de positionnement en couveuse a été rédigé en vue d'améliorer le confort ; à noter également la nouveauté du passage du kinésithérapeute ostéopathe. Pour les femmes en période de travail et en cours d'allaitement, le

service a fait l'acquisition de ballons de mobilisation et de polochons de positionnement. Dans le même ordre d'idées et dans un but de prise en charge plus respectueuse des désirs des mères, on assiste à la modification progressive des mentalités avec par exemple la banalisation du « peau à peau », (le bébé est naturellement réchauffé par sa mère, on ne se précipite plus pour le baigner) ou encore la mise au sein dès la naissance. D'autre part, peut être mise en évidence une diminution des gestes agressifs, certes nécessaires dans certains cas, mais auparavant trop systématiques, comme l'aspiration nasogastrique.

Au total, l'ensemble de ces points témoigne d'une volonté de progression allant dans le sens d'une démarche qui privilégie la qualité du soin et l'établissement très précoce des relations mère-enfant, dont on connaît désormais l'importance. Pour autant, la connaissance de l'équipe est-elle suffisante en matière de sémiologie du lien et du dysfonctionnement relationnel précoce ?

II Réflexion

Il s'agit ici de faire le point sur les aspects positifs aussi bien que négatifs du travail réalisé et des connaissances, au sein d'équipes qui mettent leurs compétences en commun mais ne disposent pas de la même sensibilité, de par une formation et un quotidien différents. Par ailleurs, quelles difficultés principales rencontrent-elles, et que proposer pour résoudre ces difficultés ?

II-1 Forces et faiblesses des acteurs

L'atout majeur du réseau est très certainement le succès de l'amélioration de la communication, par la création du cahier de liaison, la proposition d'un entretien systématique sage-femme-puéricultrice de PMI et par l'organisation des réunions trimestrielles. Les responsables (médecin de PMI, assistante sociale et cadre de la maternité), ont le sentiment d'une d'un meilleur repérage par une optimisation des échanges. La circulation de l'information a également permis de renforcer la sensibilité des équipes aux facteurs de risque de maltraitance ultérieure, aux dysfonctionnements de la parentalité et à la souffrance maternelle.

Sur ces points la culture diffère selon les équipes, de façon tout à fait logique puisque leurs réalités au quotidien sont dissemblables ; ceci est peut être d'autant plus accentué qu'il n'y a pas de sage-femme au sein de l'équipe de PMI. Ainsi les marqueurs de précarité sont sans doute davantage présents à l'esprit du personnel de la PMI que de la maternité, qui en revanche signalera plus volontiers une souffrance psychologique. Cette différence est de toute façon enrichissante puisque la confrontation des points de vue permet alors d'élargir la sensibilité de chacun.

Au sein de la maternité, les modifications apportées tant à l'organisation de l'équipe qu'à l'approche globale du soin ont souligné les points suivants : le personnel, dont la moyenne d'âge reste assez élevée malgré le recrutement de jeunes et quelques départs en retraite, a fait preuve d'une grande souplesse et d'une belle capacité d'adaptation, en particulier lorsque s'est engagé le travail de réflexion sur la qualité relationnelle et qu'une approche des transmissions ciblées s'est mise en place en lien avec le service qualités. L'avantage d'un personnel expérimenté est qu'il a acquis une certaine expérience et sait faire preuve d'autonomie ; à contrario ces femmes sont indépendantes et disposent d'un savoir informel peu contrôlable par la surveillante, d'où une certaine difficulté à vérifier l'état des connaissances et les pratiques. Néanmoins, l'ensemble du personnel s'efforce d'observer jour après jour l'évolution des relations parents- enfants, afin de proposer le passage de la puéricultrice de PMI ou de l'infirmière de secteur psychiatrique si un trouble est décelé. Elles ont à l'esprit la vulnérabilité liée à certains antécédents obstétricaux difficiles, aux maladies psychiatriques ou à l'isolement familial. L'organisation de staffs journaliers visant à aborder aussi et surtout les points autres que le somatique des patientes permet d'échanger précisément sur cet aspect psychologique et d'aborder le thème du relationnel. Cependant la surveillante déplore le fait que les situations problématiques ne sont pas toutes analysées de façon pertinente ou alors avec un certain retard, évoquant à ce sujet un défaut de « réflexe de prévention ».

Prenons un exemple pour illustrer ce propos : cas d'une femme ayant perdu un être très proche pendant sa grossesse, et qui en a été profondément marquée car il s'agissait d'un adulte référent de son enfance. Les suites de couches ne se sont pas déroulées dans une totale harmonie, l'allaitement en particulier a été difficile. Une sage- femme avait connaissance de cette perte mais ne l'a communiquée qu'après son départ... Cette femme ne s'est pas vue proposer pendant son séjour un entretien spécialisé qui aurait pu lui être bénéfique.

Cet exemple choisi parmi quelques autres met en exergue la difficulté de la pratique quotidienne, au sein de laquelle les habitudes ou la répétition des soins peuvent parfois entraver la réflexion ou le recul nécessaire à la gestion d'une situation précise. C'est probablement par la répétition d'actions de sensibilisation et d'échanges, au sein d'une équipe où la parole circule sur un mode particulièrement libre et constructif, mais aussi par la formation des nouvelles recrues à leur arrivée, que pourra s'acquérir une culture ou une sensibilisation de l'ensemble des soignants aux facteurs de risque et aux marqueurs des troubles précoces de la parentalité.

Cela étant il convient de souligner que la maternité d'Ancenis, de par son statut et son fonctionnement de structure modeste, dispose d'un atout considérable : une durée moyenne de

séjour proche de cinq jours! Le temps est en effet un atout précieux pour une évaluation de qualité : sémiologie du lien mère- enfant bien sûr, mais aussi observation de l'environnement (présence de fleurs ? Naissance fêtée ? Isolement maternel ?). Par ailleurs une relation un peu plus prolongée peut parfois permettre que se créent des liens, lesquels, sur les derniers temps du séjour, seront libérateurs d'une parole difficile à exprimer et pourtant particulièrement importante à prendre en compte.

Au total, cette équipe offre des capacités humaines et structurelles d'approche personnalisée de qualité et se montre capable d'un investissement relationnel fort. Il semble que s'exprime toutefois une demande d'approfondissement des connaissances en matière de dépistage des troubles précoces du lien mère-enfant. A l'inverse, les marqueurs de vulnérabilité sociale vers lesquels nous allons désormais tourner notre réflexion, sont bien identifiés ; ils fournissent l'essentiel des cas les plus complexes à prendre en charge.

II-2 Difficultés spécifiques rencontrées

Nous avons abordé précédemment les sujets qui peuvent faire l'objet d'un approfondissement de réflexion ou de formation ; penchons- nous maintenant sur les obstacles de terrain, qui posent questions quant à l'organisation du réseau, dans la mesure où celui-ci rencontre des difficultés réelles et récurrentes avec un type de population bien précis, à savoir les handicapés. Dans un deuxième temps nous aborderons l'autre fait marquant de cette étude : la répétition de situations dramatiques au sein de familles pourtant parfaitement bien identifiées.

II-2-1 La prise en charge des déficients mentaux

a). Remarques

Les équipes d'Ancenis sont effectivement confrontées à ce problème pour des raisons évidentes de proximité de plusieurs CAT et d'un IME. Si l'on reprend les quatre situations de mamans déficientes, on peut formuler les réflexions suivantes.

- le suivi en anténatal ne présente pas de particularité, elles ne sont paradoxalement pas prises en charge plus précocement à la maternité.
- Absence de contact formalisé avec les établissements au sein desquels elles travaillent, pauvreté apparente des liens avec les éducateurs.
- Pendant le séjour puis en postnatal, elles font par contre l'objet d'une attention toute particulière et d'un suivi rapproché et à long terme, visant à encadrer au mieux la parentalité et à protéger l'enfant en cas de difficultés inquiétantes.

Afin d'étayer notre réflexion, il nous est apparu intéressant de rencontrer l'équipe d'une autre maternité, elle aussi confrontée à ce problème des grossesses chez l'adulte handicapée depuis quelques années, afin de rechercher quel autre type de suivi peut être proposé ailleurs.

b). Organisation à Châteaubriant

Il s'agit de la maternité de Châteaubriant, qui n'est pas comparable en tous points à celle d'Ancenis mais en est tout de même relativement proche.

Démographie : Ville de 20000 habitants localisée aux confins de quatre départements (Loire-Atlantique, Mayenne, Maine-et-Loire et Ille-et-Vilaine), à distance de trois grands centres hospitaliers (Nantes, Angers et Rennes) et d'un troisième de taille plus modeste (Laval). Elle draine un bassin d'emploi de 52400 habitants répartis en 33 communes, avec une faible densité de population. La population est essentiellement rurale et semi-rurale, les petites villes alentours abritent des salariés de l'industrie agro-alimentaire, de métallurgie et de plasturgie. Le secteur agricole est à l'origine d'un niveau de production et d'emplois élevé.

A noter une particularité : la présence d'une communauté immigrée turque, que l'on ne retrouve pas cependant dans les populations répertoriées vulnérables par les services de pédiatrie et de PMI (absence d'isolement familial).

La maternité : L'hôpital de Châteaubriant regroupe des services de médecine, de chirurgie, une maternité et un service de pédiatrie. Les effectifs médicaux sont les suivants : 3 gynécologues à temps plein et un temps partiel, 4 pédiatres dont un temps plein et un temps partiel dans le service, les trois autres assurant des consultations ou des gardes. Au sein du réseau de périnatalité, la maternité est de niveau I mais fonctionne plutôt comme un niveau II, du fait de la présence du service de pédiatrie qui va prochainement acquérir le statut d'unité de néonatalogie ; elle est en cours d'accréditation pour le niveau IIA. Elle comptabilise environ 800 accouchements annuels.

Exposition de la situation et organisation de la prise en charge : La maternité est située à proximité d'un CAT. Il y a deux ans un couple de handicapés a donné naissance à un premier bébé, lequel a été suivi de trois autres naissances en deux ans ; en outre le deuxième enfant de cette famille est à son tour attendu pour 2004. Le centre de PMI du secteur a été alerté par le CAT. Les femmes ont consulté à la maternité pour la visite du neuvième mois.

Sur le plan obstétrical :

- une infection maternofoetale
- un APGAR 2 avec état de mort apparente sur extraction instrumentale (forceps). Ces deux bébés ont été pris en charge par le service de pédiatrie et ont été rejoints par la mère au bout de 48 heures.
- un APGAR 2 sur des forceps,
- une césarienne. Ces deux autres bébés sont restés à la maternité.

La prise en charge en maternité est assurée par des auxiliaires de puériculture qui entourent particulièrement ces mamans, ce d'autant mieux que le séjour est prolongé, dans le cas de la césarienne par exemple. Pour les bébés hospitalisés en pédiatrie, on leur dresse un lit dans la chambre, et elles sont encadrées par les puéricultrices et les auxiliaires. Une rencontre est organisée entre les puéricultrices de PMI et celles du service au rythme de une par semaine, de même que pour l'assistante sociale de PMI. Une infirmière de pédopsychiatrie intervient également à ce même rythme. Par ailleurs existe un hôpital de jour où peut être contacté un pédopsychiatre ou une infirmière de psychiatrie.

En outre sont organisées des réunions qui sont d'une part bimensuelles, associant le service de PMI (médecin, puéricultrice et assistante sociale), la pédiatre responsable des situations difficiles sur un plan social (pédiatre à temps plein), et l'assistante sociale des familles quand il y en a une ; de l'autre des réunions mensuelles au sein de l'hôpital de jour, regroupant la puéricultrice, le médecin, un psychologue de l'AEP et l'assistante sociale de PMI, ainsi que la pédiatre et le pédopsychiatre. Ces rencontres correspondent à ce qui a été baptisé le « réseau des petits ».

Organisation du retour à domicile : les parents handicapés ont de la famille à proximité ou habitent en appartement. Ils sont pour cela aidés par une association qui soutient l'accès au logement des handicapés afin de les aider à acquérir leur autonomie, et les guide dans l'apprentissage de la gestion du budget, ou encore le respect du voisinage.

Sur le plan médico-social, ils rencontrent la puéricultrice de PMI deux fois par semaine, l'assistante sociale et l'éducateur du CAT de façon hebdomadaire ; le suivi médical est effectué par la pédiatre de l'hôpital qui continue ainsi la prise de contact initiée à la maternité. Lorsque les mères reprennent leur travail au CAT, le bébé est confié à une assistante maternelle ou dans une halte-garderie, en concertation avec la PMI.

Au total c'est une petite dizaine de personnes qui gravitent autour de ces familles dans les tous premiers temps, la fréquence des rencontres au domicile du couple étant peu à peu diminuée selon l'évolution.

Bilan : Absence de rupture au sein des couples. Pour les deux bébés les plus âgés (respectivement 24 et 18 mois) l'évolution est normale pour l'instant. Ils évoluent dans des familles très aimantes, avides de conseils qu'elles sont disposées à suivre, et qui s'estiment valorisées par la parentalité et la prise de responsabilités. Le deuxième bébé attendu dans la famille du plus grand est un bébé désiré. Pour les deux plus jeunes enfants par contre, âgés de 7 et 8 mois, la prise en charge est plus difficile en raison des troubles caractériels des mères qui n'acceptent pas facilement le dialogue, restent sur la défensive et sont susceptibles de rompre les liens avec les institutions si les intervenants se montrent trop dirigistes. L'un des petits est vu en consultation de PMI depuis l'âge de 3 mois, alors que le suivi avait débuté en pédiatrie. Ce bilan est effectué avec peu de recul dans l'ensemble, mais déjà émergent des difficultés pour les situations les plus récentes, avec un risque de rupture de confiance. Afin de renforcer les contacts avec les éducateurs, optimiser la prise en charge et échanger sur ce problème des grossesses chez l'adulte handicapé, une réflexion est en cours avec l'ADAPEI.

c). Discussion

On constate de nombreuses similitudes entre les prises en charge des handicapés telles qu'elles sont effectuées à Ancenis et à Châteaubriant, mais également des différences, dont certaines sont liées aux moyens à disposition, en particulier la présence du service de pédiatrie à Châteaubriant. De plus, un rapprochement avec l'encadrement des jeunes handicapés apparaît indispensable. Enfin, Ancenis possède un atout sur son site qui n'est pour l'instant pas exploité : le Centre de Planification Familiale.

En premier lieu, si l'on compare les deux modes de suivi, on constate que l'accompagnement en anténatal n'est pas plus précoce à Châteaubriant puisque les premières consultations à la maternité sont celles du neuvième mois. La prise en charge dans les suites immédiates diffère en cas de nécessité d'hospitalisation du bébé puisque cela signifie transfert à Nantes pour un bébé né à Ancenis et hospitalisation sur place en pédiatrie pour Châteaubriant. Ceci est un atout considérable à plusieurs titres : d'une part cela évite une séparation mère-enfant prolongée puisque les mamans rejoignent les bébés en pédiatrie dès le deuxième jour ; d'autre part les familles peuvent être suivies au tout début par le pédiatre qui assurera les consultations par la suite. Cette continuité est d'ailleurs souhaitée par les familles puisque ce sont elles qui ont décidé de ne pas aller en consultation d'enfant en PMI mais plutôt en pédiatrie, dans les quatre cas cités précédemment. Il y a apparemment dans cette démarche une part de refus de « l'institution PMI »

ressentie comme ayant une connotation sociale très forte. Le relais cependant entre la pédiatrie et la PMI s'effectue sans problème, cela peut permettre de continuer à assurer la prise en charge en cas d'essoufflement ou de difficulté de contact avec la famille pour l'un des intervenants.

Quant au retour à domicile, il est soumis aux mêmes conditions de suivis par un travailleur social, une puéricultrice de PMI et un médecin, qu'il soit de PMI ou de pédiatrie.

Par contre, les deux structures ne disposent pas d'effectifs identiques, en particulier en pédopsychiatrie. A Ancenis intervient à la demande un psychiatre de liaison, qui peut également assister aux réunions trimestrielles de concertation mais en pratique pas de façon systématique, à la différence de l'infirmière de secteur. A Châteaubriant en revanche l'existence d'un hôpital de jour permet la présence d'un pédopsychiatre et d'une infirmière de secteur, ainsi que la tenue de réunions mensuelles dans le cadre du « réseau des petits », auxquelles s'ajoutent les rencontres bimensuelles à orientation plus sociale.

Notre propos n'est pas de stigmatiser une structure et de prendre l'autre comme référence absolue. Toute comparaison est discutable puisque l'une dispose d'un service de pédiatrie et attend une requalification en niveau IIA, quand l'autre va prochainement devoir faire face à une pénurie de pédiatre... Cependant les deux maternités sont relativement proches en terme d'activité (755 accouchements à Ancenis, 800 à Châteaubriant) et de population (essentiellement rurale et ouvrière).

L'intérêt de cette présentation de l'organisation à Châteaubriant est qu'elle permet de souligner des carences de moyens dont souffre sans doute la maternité d'Ancenis, à savoir l'absence d'organisation visible du secteur de pédopsychiatrie sur le territoire. Ne peut-on pas imaginer une présence systématique d'un tel professionnel aux réunions trimestrielles de concertation ? Par ailleurs, n'existe-t-il pas un besoin d'accentuer la fréquence des rencontres, étant donné l'accroissement du nombre de dossiers évoqués ?

En second lieu, dans ce cadre précis de la réflexion sur les parents handicapés, il apparaît un défaut certain de communication avec les responsables de CAT et d'IME locaux. Ce problème est connu, mentionné dans le compte-rendu de la toute première réunion associant la maternité aux cadres des services de l'ancienne DISS. Après une première phase de réflexion qui a abouti avec succès à l'organisation du réseau décrit dans ce travail et à sa finalisation en une charte de partenariat, c'est sans doute un nouveau défi qui se présente aux équipes.

Ainsi, dans les cas où débute une grossesse, ne serait-il pas opportun d'intensifier les relations avec les éducateurs et des professionnels du secteur spécialisé ou de la DGAS, afin d'amorcer une réflexion avec le couple concerné dès le diagnostic posé, pour les aider à donner sens à leur grossesse, permettre d'exprimer leurs craintes ou attentes vis à vis du bébé. Cela

permettrait de préparer au mieux la naissance d'un point de vue psychologique, avec des interlocuteurs qui assureraient la continuité en pré puis postnatal.

Dans un troisième temps, revenons sur une particularité de la maternité d'Ancenis, dont elle pourrait peut-être tirer profit : la présence sur le site même d'un centre de planification familiale. Les missions d'une telle structure sont de deux types : d'une part, prise en charge des demandes d'IVG et réalisation des actes, ou organisation d'une IVG à l'étranger quand le délai français est dépassé ; d'autre part, mission de prévention et d'éducation à la contraception, la sexualité et aux maladies sexuellement transmissibles. Les conseillères interviennent sur le site où elles assurent des permanences et peuvent se déplacer en milieu scolaire, principalement à l'intérieur des collèges.

Or on constate l'absence totale de communication entre la maternité et le planning familial. Pourtant, l'intérêt de telles relations semble évident. Si l'on veut éviter des grossesses non désirées au sein d'une population chez qui la parentalité peut être délicate, ne faut-il pas commencer par les prévenir en éduquant les jeunes handicapés ? Cette population est certes tout à fait particulière, et de nombreuses questions se posent quant à sa compréhension des enjeux, ses capacités à s'astreindre à utiliser un contraceptif, la possibilité d'un libre arbitre en matière de conception. Ces questions sont primordiales et ne font pas le sujet de ce travail. Mais la rencontre de professionnels qui ont des compétences particulières sur le sujet, à savoir les éducateurs qui les connaissent pour les encadrer au quotidien et les conseillères du centre de planification qui disposent d'outils spécifiques et d'expérience en matière de communication sur la prévention, permettrait sans doute d'amorcer une réflexion sur les moyens les plus adaptés à cette population, en terme d'information et de prévention.

En retour, la maternité pourrait être un relais pour le Planning familial, dans les cas où une grossesse est découverte chez une femme en situation difficile pour des raisons d'âge ou de précarité, et une communication des dossiers directement du centre à la maternité permettrait ainsi un accompagnement précoce notamment dans les situations des grossesses chez l'adolescente.

En conclusion, il apparaît que les équipes du réseau périnatalité ont tout intérêt à se tourner vers d'autres professionnels, afin d'élargir la réflexion autour de ce thème de la grossesse chez les handicapés, dont la prise en charge passe forcément par un accompagnement étroit dans les périodes prénatales, en suite de couches et lors des premiers mois voire années de découverte de leur toute nouvelle parentalité.

Après cette réflexion concernant les handicapés, abordons le problème de la grande précarité à laquelle les équipes sont régulièrement confrontées.

II-2-2 Prise en charge des familles connues des services sociaux

a). À propos du cas princeps

L'évolution personnelle de Melle L. est en effet intéressante à relater car elle pose question quant à l'efficacité du réseau dans les cas les plus critiques. Nous avons décrit les faits déroulés en 2000, à l'origine de la prise de conscience des responsables ; trois ans plus tard, l'histoire se répète : le 10 mars 2003 Melle L. est admise à la maternité et donne naissance à un deuxième petit garçon. Une synthèse prénatale avait été organisée et sont informés sa tutrice, l'assistant social de la DISS, l'inspectrice et la psychologue de l'ASE. La déclaration de grossesse est réalisée par l'assistante sociale de la maternité, qui accompagne par la suite Melle L. en mairie pour la reconnaissance de l'enfant. Elle reçoit la visite de l'assistant social DISS le lendemain ; il lui fait visiter un centre maternel, qu'elle refuse d'intégrer. Elle confirme sa décision à la psychologue trois jours plus tard, soit à huit jours de l'accouchement. Un signalement est alors notifié au service de l'ASE, l'enfant reste à la maternité dans l'attente d'une ordonnance le concernant, alors que sa mère en sort. Une famille d'accueil le prend en charge en 48 heures.

Une remarque s'impose : aucun accompagnement quel qu'il fût ne lui a permis de progresser, que ce soit dans un projet de parentalité ou dans une procédure d'abandon, qu'elle a refusée. Il faut cependant nuancer cette dernière réflexion en notifiant qu'aux vues des capacités intellectuelles qui sont les siennes, Melle L. ne dispose peut-être pas de possibilité d'élaboration d'un tel projet.

b). Discussion

Ainsi au terme de l'étude il est facile de repérer les familles en difficulté récurrente auxquelles sont confrontées les équipes ; qu'il s'agisse de cette maman qui abandonne successivement ses deux enfants, ou de cette autre, mère de bientôt quatre enfants qui cumule les carences socio-économiques et intellectuelles. Comme l'affirme, douce-amère, une professionnelle de l'enfance en danger : « nous avons tous deux ou trois exemples pour lesquels,

malgré nos efforts, les situations évoluent vers une solution de toute façon catastrophique pour les parents comme pour les enfants. »

Quelle carence de moyens, quel défaut d'organisation individualiser dans ces cas douloureux ? Si dans le chapitre consacré aux handicapés, il semble évident qu'un effort de communication entre professionnels concernés pourrait faire progresser la réflexion, pour ce thème-ci la critique est plus malaisée, dans la mesure où l'important travail de concertation mené à bien depuis la prise de conscience en 2000 a précisément comme objectif une meilleure prise en charge de ces familles et que les dysfonctionnements pointés du doigt ont été analysés et traités.

Ces familles cumulent les facteurs de risque de maltraitance, qu'ils soient sociaux, économiques, familiaux etc. Elles sont exposées à des situations vécues comme un échec par les équipes car elles se répètent. Dès la période prénatale pourtant, tout est mis en œuvre dans le but de les accompagner au mieux. Sur le plan social, l'aide proposée vise à faciliter l'accès aux droits, ou encore la recherche d'une solution de logement dans les cas d'errance. L'accompagnement par la puéricultrice assure l'éducation aux soins délivrés au bébé, à l'alimentation, au respect des rythmes biologiques. L'intervention d'une travailleuse familiale permet quant à elle de reprendre ces notions au quotidien à domicile, et l'aide à la prise en charge de la fratrie quand il y en a une soulage la mère et lui permet d'assumer moins difficilement le bébé. Enfin la mission du médecin de PMI, en dehors du contrôle du bon développement de l'enfant, est un rôle essentiel de repère, de conseil et d'écoute des difficultés rencontrées. Mais au total, tous les ans, malgré toutes les compétences mises en jeu, plusieurs situations aboutissent à des signalements au service de l'AEP.

Que faire de plus ?

Les professionnels doivent garder bien présente à l'esprit la notion de grande souffrance chez ces familles mises en échec à tout niveau au sein de la société. Pour chacun des intervenants, dès la prise en charge périnatale, se joue l'importance de l'établissement d'un solide lien de confiance, en dehors de toute notion de jugement de la part des professionnels. On touche ici à l'essentiel de la philosophie de toute prise en charge de ces familles : ne pas juger mais accompagner, et ceci est valable en particulier pour ceux qui interviennent au plus tôt : gynécologue en prénatal, sage-femme au moment de l'accouchement puis dans les suites immédiates, ensemble du personnel de la maternité, qui parlent et agissent au quotidien et dont l'attitude peut être déterminante. Pour ce faire, il faut d'abord pouvoir faire preuve d'empathie en envisageant le parent comme un adulte en souffrance, puis chercher à comprendre le pourquoi des comportements, aider les parents à accéder à un travail de résilience et ainsi réussir peut-être à modifier les comportements ultérieurs. Là encore se pose la question de l'intervention d'un spécialiste du domaine psychologique au sein des équipes dans un but de formation et de soutien

par exemple au moment des transmissions. Et puisque la prise en charge médico- sociale semble efficiente, ne faut-il pas concentrer davantage les efforts sur l'accompagnement psychologique en prénatal? Pour ces familles dont on sait à l'avance qu'elles vont nécessiter un lourd étayage social, il est envisageable d'organiser aussi un suivi psychologique, en vue de préparer à la parentalité, et ce au plus tôt dans la période prénatale. Cela étant, psychiatriser l'ensemble des démarches de prise en charge médico-sociale n'est pas une solution miracle, ne serait-ce que par le profil même des familles qui ne seront pas toutes en mesure d'élaborer un travail psychologique ou d'accepter ce type d'aide. En postnatal, on peut ajouter que le médecin de PMI sait faire appel à la pédopsychiatrie, puisque elle a parfois recours au Centre Nantais de la Parentalité, le plus souvent après plusieurs mois d'observation de l'enfant. Il faut savoir par ailleurs que le secteur d'Ancenis est pauvre en structures capables d'accueillir mères et enfants demandeurs d'un accompagnement professionnel ; une carence certaine d'accueil et d'organisation du soutien à la parentalité peut être pointée sur le secteur d'Ancenis.

Par ailleurs, si bon nombre de grossesses ne sont pas désirées, que faire pour faciliter la contraception ? Ces femmes doivent être responsabilisées afin de consulter de façon régulière pour ce problème. Mais qui doit assurer au mieux le suivi gynécologique ? Un gynécologue de la maternité, bien au fait des démarches en cours pour la famille, mais dont les rendez-vous sont pris quasiment un trimestre à l'avance ? Le médecin généraliste, quand il existe pour cette famille ? Un gynécologue de ville ?

Avec la mise en place du système PASS et la présence sur le site de multiples intervenants déjà rencontrés lors du séjour à la maternité, l'hôpital apparaît le plus à même de proposer la prise en charge la plus cohérente. Force est de constater que, si l'enfant dispose d'un site privilégié de suivi (le centre de PMI), la mère quant à elle est libre de se prendre en charge ou de ne pas consulter. On connaît les obstacles qui empêchent ou découragent une famille en situation de précarité de consulter (Berthier et al, 1998). Au sein des centres de planification familiale, du fait de la facilité d'accès à la consultation, de la gratuité des soins (exonération du ticket modérateur) et de la possibilité de repartir gratuitement avec une contraception, se retrouvent parfois des femmes en situation d'errance ou de précarité, ou encore des handicapées amenées par leurs éducateurs et qui n'ont plus l'âge des consultantes habituelles. Est-il envisageable de concevoir en théorie un espace de ce type, qui serait ouvert plus particulièrement aux femmes en situation de précarité, d'accès facilité, regroupant des intervenants sociaux, médicaux ou du domaine psychologique et qui pourrait remplir pour les mères un rôle de suivi équivalent à celui tenu par le centre de PMI pour les enfants ? Néanmoins, si l'on peut envisager ce type d'expérience au sein de grandes agglomérations comme celle existant déjà à Nantes (consultation pour femmes en

difficulté), cela est sans doute plus difficile du point de vue de la justification démographique (importance de la population en situation de précarité) et de l'équilibre économique, sur une ville telle qu'Ancenis.

Il est un intervenant qui pourrait tenir une place privilégiée au sein d'un tel dispositif, dans un cadre préexistant mais mal utilisé : la sage-femme, en prénatal et lors des consultations obligatoires prénatales et postnatales. La loi rend en effet obligatoires ces deux consultations qui ont des finalités bien définies.

La consultation prénatale doit être le lieu privilégié pour envisager la femme enceinte dans sa globalité avec, en plus de l'examen gynécologique et médical, l'évaluation de l'état psychologique de la mère et des conditions socioéconomiques de l'accueil du bébé. L'objectif clairement établi est l'approche plurifactorielle de la mère dans un but de prévention de la maltraitance, qui pourrait permettre de poser les jalons d'un accompagnement personnalisé ultérieur, avec par exemple prise de conscience de la nécessité d'un accompagnement régulier en anténatal dans des cas de souffrance psychologique ou pour une meilleure préparation à l'arrivée du bébé au sein de familles en difficulté. En pratique, à la maternité d'Ancenis les sages-femmes effectuent quelques consultations prénatales du 8^{ème} mois, mais elles déplorent le fait que les médecins généralistes, pour une bonne moitié d'entre eux sur le secteur, assurent encore le suivi à ce stade de la grossesse. Néanmoins, si la demande de consultations devait s'accroître, la maternité ne serait pas en mesure d'y répondre par manque de temps de consultations de gynécologues et d'effectifs de sages-femmes...

La consultation postnatale a pour but, environ 6 à 8 semaines après l'accouchement, de reprendre contact avec la mère, vérifier à distance l'état du périnée en vue d'une prescription de rééducation et aborder différents points tels que la reprise de la sexualité, le retour de couches, l'allaitement ou la contraception. A la maternité d'Ancenis cette consultation est rarement effectuée par les gynécologues étant donné le délai en cours pour les rendez-vous. En pratique, elle est le plus souvent assurée par les médecins généralistes. Néanmoins, la sage-femme, de par sa formation (expertise de l'examen gynécologique) et sa sensibilisation particulière, (remaniements psychologiques de la grossesse, établissement du lien mère- enfant), apparaît comme la professionnelle la mieux positionnée pour tenir ce rôle. Cette consultation s'effectue de plus à une période où les femmes sont susceptibles de présenter une dépression du post-partum. Sa réalisation de façon plus systématique couplée à une détection attentive des signes de dépression par des professionnels formés à l'utilisation de l'EPDS serait un atout considérable pour la qualité du suivi en postnatal.

Le service de PMI est, on l'a vu, dépourvu de poste de sage-femme. Leur mission, en dehors du cadre des consultations pré et postnatales abordées précédemment, consiste à proposer une visite à toute femme enceinte de manière systématique, afin de présenter les services proposés par la PMI, en ciblant davantage toutefois les femmes reconnues comme étant en situation de vulnérabilité (grossesse multiple, jeune âge maternel etc.), ces informations étant recueillies par l'intermédiaire des déclarations de grossesse.

Elles peuvent également réaliser des suivis de grossesses pathologiques à domicile, ce qui allie le bénéfice du maintien à domicile à un début de prise en charge psychologique et des contacts précoces pour la PMI avec l'ensemble de la famille concernée. Ces déplacements présentent l'avantage de permettre l'observation de la femme à domicile et le recueil d'informations concernant la préparation de l'arrivée du bébé (chambre, layette), autant d'éléments qui peuvent orienter vers des difficultés d'acceptation de l'enfant et un besoin d'accompagnement précoce particulier.

L'absence de sage-femme sur le secteur d'Ancenis est-il pour autant préjudiciable au réseau ? Leur rôle de surveillance médicale de la grossesse à domicile est actuellement assuré par des sages-femmes libérales, lesquelles connaissent bien la maternité et le service de PMI. L'accompagnement psychologique peut quant à lui relever de l'intervention d'un psychologue, et le suivi ultérieur d'une puéricultrice. Cependant il semble que la charge de travail de ces dernières sur le secteur soit inadaptée aux effectifs. On peut donc se poser la question du choix le plus judicieux entre un accroissement de l'effectif des puéricultrices, et l'entrée au sein de l'équipe d'une sage-femme, ou, en d'autres termes, le choix d'une intervenante différente et plus spécialisée en prénatal *versus* un renforcement des capacités en postnatal.

Cela étant, quelles que soient les réponses apportées à ces questions précises des familles les plus en situation de vulnérabilité apparente, il est de toute façon impensable de prétendre à une capacité de repérage et de prévention totale des cas de maltraitance.

II-3 Les autres failles du système

La notion de prévention de la maltraitance tend à devenir un objectif clairement défini par le législateur, sous-tendu par le concept d'accompagnement de la parentalité. Néanmoins, malgré les progrès réalisés d'une manière générale en matière de prévention, l'épidémiologie de la maltraitance est sans cesse à la hausse. On ne peut conclure cependant à son augmentation, dans la mesure où la parole de l'enfant et des témoins a été libérée depuis quelques années, aboutissant à une recrudescence certaine des plaintes et des démarches d'instruction. A l'inverse, certains auteurs estiment que son incidence est encore sous-estimée. On peut donc s'interroger sur

l'efficacité des moyens déployés. Existe-t-il encore des marges de progression dans la prévention ? Quelles failles identifier dans le système actuellement en cours ?

Si l'on reporte ces interrogations à l'échelle d'une maternité telle que celle d'Ancenis, le problème réside sans doute dans l'exclusion hors du réseau de familles pourtant en souffrance, mais non identifiées. Les marqueurs de précarité semblent désormais effectivement bien repérés au sein de la maternité. Mais en dehors ? Quels liens les médecins généralistes entretiennent-ils avec le service social de la maternité et la PMI ? Manifestement, d'après les professionnels interrogés, cela est très variable selon les médecins, certains n'ayant absolument pas l'habitude de travailler de concert avec ces structures, d'autres, plus sensibilisés à la notion de risque de maltraitance, l'ayant intégrée à leur pratique. Du côté du réseau, un défaut de communication peut être pointé du doigt et il semblerait que la signature prochaine de la Charte de Partenariat puisse faire l'objet d'un courrier d'information destiné à l'ensemble des médecins du secteur. Informer qu'un réseau de périnatalité a vu le jour, que le système de la PASS fonctionne, c'est déjà communiquer qu'une réflexion a été menée sur ce sujet et que des interlocuteurs sont disponibles. Dans un deuxième temps on peut toujours imaginer que des réunions puissent être organisées, dans le cadre de la formation médicale continue par exemple, afin de présenter le système et inciter les généralistes à proposer en consultation de façon plus précoce les familles qu'ils estiment en difficulté. Un grand nombre d'antécédents fragilisant les familles sont connus des médecins traitants mais pas obligatoirement du gynécologue et des personnels de la maternité. (IVG ancienne, conflit conjugal, dépression, problème médical majeur au sein de la famille etc.) Il est difficile pendant le séjour de réaliser des interrogatoires précis afin d'effectuer un relevé exhaustif des facteurs de risque présents dans les « grilles de repérage ». Le médecin généraliste a une connaissance globale des familles qu'il n'est pas facile de transmettre ; par ailleurs il est le plus souvent le soignant principal du post-partum, assurant le suivi de la mère et du bébé. Il est donc primordial qu'il soit intégré au réseau, d'une part pour être en capacité de détecter précocement les situations difficiles et les orienter vers la prise en charge adéquate, d'autre part pour que lui soit apportée une formation sur les signes de dysfonctionnements des liens mère-enfant, d'autant plus que la symptomatologie s'enrichit au fur et à mesure que l'enfant grandit, tant au niveau des interactions que sur le plan somatique avec des signes cutanés, digestifs, ou des troubles du comportement, de l'éveil, du sommeil...

En conclusion, il nous semble important de confirmer tout l'intérêt que présente le réseau mis en place sur le site d'Ancenis. Il a fait ses preuves en matière de repérage des situations socialement à risque, et offre une prise en charge de qualité, qui mobilise un système PASS tout à fait efficient, une équipe de maternité disposant d'atouts relationnels, et un centre de PMI

expérimenté. A l'évidence les familles les plus symptomatiques ne passent pas au travers des mailles du filet. Le réseau gagnerait à s'ouvrir vers d'autres structures, en particulier pour la population handicapée, et d'une manière générale vers la médecine libérale. Pour ce qui est des moyens, on peut discuter de l'intérêt que pourrait présenter l'arrivée de sages-femmes de PMI, aux compétences très particulières, et des liens plus formalisés avec le secteur pédopsychiatrique, en vue d'un renforcement du suivi des familles, mais aussi et surtout dans un but de soutien et de formation aux équipes. A la maternité, ne faut-il pas améliorer les connaissances en matière de sémiologie précoce du lien et des troubles de l'attachement? En accord avec le cadre de la maternité qui, nous l'avons vu, déplore parfois l'absence de « culture de la prévention » au sein de son équipe, et estime que l'observation des comportements et de l'environnement du bébé à la maternité pourrait être améliorée, nous avons tenté de réfléchir à l'élaboration d'un outil qui permettrait de soutenir cette observation au quotidien.

III Proposition d'un plan de soins guide.

Les plans de soin guide sont des outils en cours d'élaboration à la maternité d'Ancenis, qui s'inscrivent dans une démarche qualité. Ils visent à généraliser les diagnostics infirmiers sous forme de transmissions ciblées. Nous reprenons donc le format et les termes utilisés dans le service. Ces tableaux se basent, pour une situation donnée, sur les notions suivantes :

- La définition du problème
- L'argumentaire, qui cible la population concernée.
- Les modes d'expression du problème : comportement, signes physiques ou fonctionnels.
- Les causes.
- Les objectifs, avec si possible un délai de réalisation.
- Les interventions réalisées et leurs résultats.

PLAN DE SOIN GUIDE

Dysharmonie du lien Mère-Enfant

Définition : Ensemble des signes issus de l'observation ou de l'interrogatoire de la mère, qui indiquent que l'attachement mère-enfant ne s'effectue pas dans de bonnes conditions

Argumentaire : toute femme manifestant des difficultés dans l'établissement des relations avec son bébé.

Se manifeste par...	Lié à...
<p><u>En prénatal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de joie à l'évocation de l'arrivée imminente du bébé ; <input type="checkbox"/> Dépression de la mère -Inquiétudes infondées <input type="checkbox"/> -Déni de grossesse sous toutes ses formes : administrative (retard ou absence de déclaration de grossesse), absence de suivi, refus de prise de poids <input type="checkbox"/> -Pendant monitoring ou échographie : absence de joie, passivité ou agressivité à l'écoute du battement de cœur ou la vision du bébé <input type="checkbox"/> -Inquiétudes excessives par rapport à l'accouchement ne cédant pas après explication et soutien <input type="checkbox"/> 	<p><u>Pour le bébé</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Handicap sous toutes ses formes <input type="checkbox"/> -Prématurité, Hypotrophie <input type="checkbox"/> -Transfert du bébé dans un autre établissement <input type="checkbox"/> -Naissance multiple <input type="checkbox"/> -Souffrance fœtale aiguë, extrême médicalisation, réanimation <input type="checkbox"/>

Se manifeste par...	Lié à...
<p><u>Pendant l'accouchement :se poser la question</u></p> <p>-De quoi a-t-elle l'air ? -Que dit-elle ? -Que fait-elle ?</p> <p>-Réaction passive : la mère ne tient pas l'enfant, ne l'examine pas <input type="checkbox"/> absence de termes affectueux, froideur à propos du bébé ou envers lui <input type="checkbox"/></p> <p>-Réaction hostile : remarques peu flatteuses à propos du bébé ; <input type="checkbox"/> refuse le contact peau à peau ; <input type="checkbox"/> refuse la vision du bébé, l'échange de regards <input type="checkbox"/></p> <p>-Expression d'une déception vis-à-vis du bébé, à propos du physique ou du sexe <input type="checkbox"/></p> <p>-Absence d'interaction positive entre les parents. <input type="checkbox"/></p> <p>-Aucune manifestation de joie <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Pour la mère</u></p> <p><u>Circonstances de l'accouchement</u></p> <p>-douloureux, long, mal vécu <input type="checkbox"/> -césarienne <input type="checkbox"/> -instrumentalisation <input type="checkbox"/></p> <p><u>Circonstances de la grossesse</u></p> <p>-Deuil d'un proche <input type="checkbox"/> -Dépression <input type="checkbox"/> -Conditions socio-économiques défavorables <input type="checkbox"/> -Déni de Grossesse <input type="checkbox"/> -Grossesse après IVG non réalisée <input type="checkbox"/> -En cours de séparation avec le père <input type="checkbox"/> -Jeune ou vieil âge maternel <input type="checkbox"/> -Grossesse issue d'un viol <input type="checkbox"/> -Grossesse débutée difficilement après recours à la PMA <input type="checkbox"/></p> <p><u>Antécédents obstétricaux</u></p> <p>-Mort fœtale in utero <input type="checkbox"/> -Fausses couches <input type="checkbox"/> -Avortement thérapeutique <input type="checkbox"/> -Réduction embryonnaire <input type="checkbox"/> -Décès d'un enfant <input type="checkbox"/></p>

Se manifeste par...	Lié à...
<p><u>En Post Partum</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -La mère relate une première impression de mauvaise rencontre avec le bébé <input type="checkbox"/> -Le manipule comme un objet, à bout de bras, jamais contre elle. <input type="checkbox"/> -Absence de face à face, œil à œil, peau à peau <input type="checkbox"/> -Absence de caresses <input type="checkbox"/> -Gestes brusques, non précautionneux, pouvant aller jusqu'à une mise en danger de l'enfant <input type="checkbox"/> -Le temps des soins ne fait l'objet d'aucun échange verbal ou physique <input type="checkbox"/> -Langage et attentes non appropriés au bébé <input type="checkbox"/> -Dégoût persistant au moment du change <input type="checkbox"/> -Erotisation précoce pendant le change <input type="checkbox"/> -Les soins sont délégués=>pas de responsabilisation ni d'autonomie <input type="checkbox"/> -Mère excédée par les pleurs, le refus du biberon, absence d'empathie, inadaptation des réponses ou même sadisme à laisser pleurer le bébé <input type="checkbox"/> -Non respect des rythmes biologiques <input type="checkbox"/> -Continue à tenir des propos dévalorisants sur le bébé (le nom, le physique, les capacités, le sexe...) <input type="checkbox"/> -La mère pleure beaucoup, s'avoue incompétente, a peur du bébé même après les 1ers jours <input type="checkbox"/> -Inquiétudes persistantes injustifiées quant à l'état, la santé et les capacités futures du bébé <input type="checkbox"/> -Absence de soutien du père de la famille <input type="checkbox"/> -Bébé non fêté : absence de fleurs, de cadeaux... <input type="checkbox"/> -Jalousie du père par rapport au bébé <input type="checkbox"/> -Jalousie de la mère quand l'attention se porte sur le bébé en sa présence <input type="checkbox"/> 	<p><u>Antécédents dans l'enfance</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Maltraitance <input type="checkbox"/> -Autre traumatisme psychologique grave <input type="checkbox"/> <p><u>Antécédents médicaux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pathologie psychiatrique en cours (psychose, schizophrénie) <input type="checkbox"/> -Grossesse à risque avec surmédicalisation ou repos contraignant (MAP, diabète gestationnel, toxémie gravidique) <input type="checkbox"/>

Objectifs (sera capable de)	Date	Délai
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verbaliser ses difficultés actuelles par rapport au bébé <input type="checkbox"/> Verbaliser les difficultés posées par l'accouchement, les déceptions liées au bébé <input type="checkbox"/> Accepter l'ambivalence de ses sentiments <input type="checkbox"/> Reprendre confiance en ses capacités parentales en matière de soins de puériculture <input type="checkbox"/> Reconnaître les capacités du bébé <input type="checkbox"/> Accepter la proposition d'un accompagnement particulier : visite de la puéricultrice de PMI, d'un intervenant du CMP, de l'assistante sociale <input type="checkbox"/> Accéder à un travail d'élaboration psychologique et à un soutien ultérieur si nécessaire 		

Date de début	Interventions	Observations	Date de fin
	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procurer un environnement propice au repos <input type="checkbox"/> Accorder du temps, en plus du soin, à l'écoute de la mère <input type="checkbox"/> Valoriser les capacités de la mère, et celles du bébé <input type="checkbox"/> Lui faire comprendre que l'on peut accepter l'ambivalence de ses désirs et rejets vis-à-vis du bébé sans les juger <input type="checkbox"/> Encourager la prise d'initiative et la prise en charge du bébé après un temps d'apprentissage <input type="checkbox"/> Prolonger le séjour pour favoriser la rencontre mère-bébé et les échanges avec l'équipe <input type="checkbox"/> Prévenir le pédiatre des difficultés pour la visite du 8^{ème} jour <input type="checkbox"/> Elaborer avec la mère un projet d'accompagnement pour le retour à domicile, via l'assistante sociale <input type="checkbox"/> Rencontrer l'ensemble des aidants possibles (conjoint, parents, grands-parents...), en concertation avec la femme, pour favoriser un soutien actif de l'entourage et s'appuyer sur les compétences familiales <input type="checkbox"/> Proposer l'intervention d'une puéricultrice de PMI pour un suivi à long terme <input type="checkbox"/> Proposer l'intervention d'un professionnel de la santé mentale si nécessaire pour favoriser la verbalisation 		

Conclusion

En matière de prévention de la maltraitance en périnatalité, les professionnels s'accordent à reconnaître l'importance de la compréhension des mécanismes psychologiques en jeu dans les situations de dysharmonie de l'attachement. La prise en charge devrait être sous-tendue par une approche respectueuse des parents, en les considérant avant tout comme sujet en souffrance, voire ancien enfant en souffrance. L'accès à ces difficultés passées ne s'avère possible qu'au prix d'un accompagnement précoce et prolongé avec des intervenants issus parfois de différents services. La réussite est conditionnée à l'habitude qu'auront ces professionnels de travailler de concert et de partager l'information. Ceci implique que soit menée une réflexion sur le sens des éléments échangés, en gardant à l'esprit le danger d'une stigmatisation d'emblée péjorative d'une famille, pour les soignants qui vont ensuite s'y trouver confrontés. Le travail en réseau ne s'effectue pas sans obstacle, les équipes doivent trouver les moyens d'une concertation transversale autour de la femme au moment crucial du séjour à la maternité, et en longitudinal pour un suivi pluri-institutionnel cohérent sur le long terme, allant de la grossesse au suivi post-natal.

Ce travail est tout à fait réalisable au sein d'une maternité de petite taille telle que celle d'Ancenis. Ses atouts résident dans la motivation des équipes (maternité, secteur psychiatrique et PMI) qui ont su s'organiser afin de perfectionner les échanges et mieux anticiper les difficultés. Elles bénéficient d'un cadre et de conditions de travail propices à l'établissement de relations de qualité avec les accouchées, via en particulier une durée moyenne de séjour prolongée. Les situations les plus délicates sont celles d'extrême précarité ou de grossesse chez les handicapées, pour lesquelles un manque de moyens peut être mis en évidence, en terme d'échanges avec les responsables et de prise en charge psychologique. Par ailleurs est soulevé le problème de la formation des équipes, avec une demande en matière de sémiologie du lien parent-enfant. Ceci nous amène à nous interroger sur la place que pourrait occuper un pédopsychiatre au sein d'une telle structure, pour un rôle de soutien aux familles, au personnel, mais également de formation.

En outre, si l'amélioration de la prise en charge passe par l'ouverture vers d'autres professionnels, soulignons l'importance fondamentale dans un tel réseau du médecin généraliste, présent au côté des familles dès le diagnostic posé, pour le suivi de la grossesse et - de même que le pédiatre - le suivi de l'enfant. Ces professionnels ont-ils une connaissance suffisante des causes et signes de maltraitance et de dysharmonie parent-enfant? La maternité d'Ancenis, riche de ses liens avec la PMI et d'un dispositif PASS efficace, pourrait sensibiliser ses partenaires en diffusant l'information sur ce réseau de périnatalité qui voit le jour.

Enfin l'humilité doit rester présente à l'esprit de tous les soignants qui s'occupent des familles en difficulté : l'échec est une éventualité qu'il faut accepter. Quand, à l'évidence, les parents

sont en dehors de toute accessibilité à un travail de prise en charge psychosociale, reste à prendre la décision sans doute la plus inconfortable: passer de la prévention à la protection, de l'accompagnement d'une famille pour favoriser le maintien des liens, à sa séparation.

Bibliographie

- 1- AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERSE. et al.: *Patterns of attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*, Hillsdale N.J., Lawrence Erlbaum Associates, 1978
- 2- ANNINO M.C., TAMET J.Y., PRADAT E., *Le suivi des familles qui effectuent une déclaration tardive de grossesse par le service de protection maternelle et infantile dans la Loire*, Point-Santé-Enfance, 1994 ; 37 : 20-26
- 3- ANTHONY EJ., CHILAND C., KOUPERNIC C. *L'enfant dans sa famille. L'enfant vulnérable. L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1982
- 4- AUBRY J. *La carence de soins maternels*. La parole, Paris, 1965
- 5- AYOUB C., JACEWITZ M.M. *Family at risk of poor parenting: a model for service delivery, assessment and intervention*. Child abuse and neglect, 1982; N°6:351-8
- 6- BERNIER C., DELAYE L., HUGUET C., MARIE-LANOE J., GAILLARD F. *Prévention précoce des sévices chez l'enfant*. Rev. de Péd. T. XXII december 1986; 411-15
- 7- BERTHIER M. *Enfance et précarité*, in Lebas J., Chauvin P., eds. *Précarité et Santé*. Paris : Flammarion médecine-sciences , 1998 ; 87-93
- 8- BERTHIER M, TROLLER S., GAMBERT C., ORIOT D. *Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus?* Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 793-8
- 9- BERTHIER M., ORIOT D. *Le pédiatre et l'enfant exclu*, Arch Pédiatr 1997 ; 4 : 607-14
- 10- BLINN-PIKE L., MINGUS S. *The international consistency of the Child Abuse Potential Inventory with adolescent mothers*. J Adolesc 2000; 23: 107-11
- 11- BLONDEL B. *Pourquoi y a-t-il encore des grossesses peu ou pas suivies ?* Les dossiers de l'obstétrique, 1996 ; N°241, 3-8
- 12- BOLWBY J.: *Attachment and Loss*, vol I: Attachment, New York, Basic Books, 1969
- 13- BOLWBY J. *Attachment and loss*, vol II: Separation, Anxiety and Anger, Basic Book, New York, 1973
- 14- BRAZELTON T.B.- *Neonatal behavioral assessment scale clinics in developmental medicine*. Heinemann William, ed., London, 1ère édition 1973, 2ème édition 1984
- 15- BRAZELTON T.B.- *Comportement et compétence du nouveau-né*. Traduction française. Psychiatrie de l'enfant, 1981 ; 24, 375- 396
- 16- BRAZELTON T.B. *Le bébé partenaire dans l'interaction*, in « La dynamique du nourrisson », ESF, Paris, 1982
- 17- BYDLOWSKI M. *Psychiatrie infantile prénatale*. Psy Fr, N°1 1995 ; mars : 53-8

- 18- BYDLOWSKI M. *La transparence psychique de la grossesse. Etudes freudiennes*, 1991 ; 32 :135-42
- 19- CHAFFIN M., VALLE L.A. *Dynamic prediction characteristics of the Child Abuse Potential Inventory*. Child Abuse and Neglect 27, 2003 ; 463-481
- 20- CRAMER B., PALACIO T. *La technique des psychothérapies mère-bébé: études cliniques et théoriques*. Paris, PUF, 1993
- 21- CYRULNIK B. *Sous le signe du lien*. Hachette, Paris, 1989
- 22- DAVID M. et al. *Recherche sur les nourrissons de familles carencées*. Psychiatr. Enfant, 1984 ; 27 (1) :175-222
- 23- DELASSUS JM. *Approche de la difficulté maternelle par l'examen de la naissance psychique*. Soins péd. et puér., janv/fév 2000 ; 192 :11-16
- 24- DELASSUS JM. *Devenir mère, la naissance d'un amour*, Dunod, 1998
- 25- DIQUELOU J.Y. *Facteurs de risques de mauvais traitements à enfant pendant la période périnatale*. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1996 ; 25 : 809-18
- 26- DIQUELOU J.Y. *Le dépistage prénatal des dysfonctionnements majeurs mère- enfant et leur prise en charge dans un service de gynécologie obstétrique*. RIP 1999, Tome XXX ; 293-2 : 86-93
- 27- DUBOIS S., JOB-SPIRA N., LAMOUR M., FERRON C., LÉBOUVE F., LÉBOVICI S. *Mise en oeuvre et évaluation d'un programme de prévention de la maltraitance chez le nourrisson à risque*. Arch Fr péd 1991 ; 48 : 189-200
- 28- EGELAND B., JACOBVITZ D., SROUFE L.A. *Breaking the cycle of abuse*. Child Dev. 1988 Aug; 59(4): 1080-8.
- 29- FREUD A. *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968
- 30- FRITZ M.Th. *La protection maternelle et infantile*. Ann Pédiatr (Paris), 1998 ; 45, n°7 : 501-7
- 31- GAUTHIER Y. *Facteurs de développement, facteurs de changement*. La grande aventure de monsieur bébé, Col. Spirale 1996 ; N°1 : 207-10
- 32- GIRODET D. *Dépistage et prévention des dysfonctionnements de la relation parents-enfants*, In « Pédiatrie en maternité », Francoual C., Huraux-Rendu C., Bouillié J., Med-sciences Flammarion, 1998 ; 576-80
- 33- GIRODET D. *Prévention et prise en charge précoce. Le point de vue d'un pédiatre de maternité*. Les dossiers de l'obstétrique, 1996 ; N°242 :11-14
- 34- GOLSE B. *Psychiatrie fœtale*. J Pédiatr Puériculture 1996; 6 : 378-82
- 35- GRAY J.D., CUTLER C.A., DEAN G.D., KEMPE H. *Prediction and prevention of child abuse*, Seminars of Perinatology, 1979; vol 3, N°1: 85-90

- 36- GUARALDI GP., CAFFO E., CIBELLI D., MAGNANI G., TASSI MR., BOLZANI R., *Analyse des indicateurs de distorsion relationnelle précoce mère-enfant pendant les trois premiers mois de la vie*. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1985 ; 33 (2-3) 129-33
- 37- GUEDENEY N., FERMANIAN J. *Validation study of the french version of the Edimbourg Postnatal Depression Scale (EPDS) : New results about use and psychometrics properties*. Eur. Psychiatry, 1998 ; 13 : 83-9
- 38- GUT K. *Place de la sage-femme de PMI dans la lutte contre la maltraitance*. Les dossiers de l'obstétriques, 1996 ; N°242 : 15-17
- 39- HALPERIN S., CHAMAY C. *L'enfant victime de sa famille : facteurs de risque*. Méd et Hyg 1995 ; 53 : 1931-6
- 40- HASKETT ME., JOHNSON CA., MILLER JW., *Individual differences in risk of child abuse by adolescent mothers: assessment in the perinatal period*. J Child Psychol Psychiatry. 1994 Mar; 35(3): 461-76.
- 41- JOP-SPIRA N., LAMOUR M., GABEL M., DE CHAMBRUN J., LEOVICI S. *Recherche-action sur la prévention de la maltraitance chez le très jeune enfant*, Arch Fr Pédiatr 1988 ; 45 : 277-85
- 42- KEMPE CH, SILVERMANN FH, STEELE BF, DROEGEMULLER W, SILVER HK. *The battered child syndrome*. J Am Med Assoc 1962 ; 181 : 17-24
- 43- LAMOUR M. ET LEOVICI S. *Les interactions du nourrisson avec ses partenaires*. Encycl. Méd. Chir. (Paris-France) Psychiatrie, 37190 B60, 10-1989, 22p.
- 44- LEJEUNE C., *Surveillance des femmes enceintes sans couverture sociale : une nécessité éthique et raisonnable*. Arch pédiatr, 1994 ; 1 : 121-3
- 45- LEJEUNE C. *Grossesse et précarité*. In « Pédiatrie en maternité », Francoual C., Huraux-Rendu C., Bouillié J., Med-sciences Flammarion, 1998 ; 599-602
- 46- LEJEUNE C., FONTAINE A., CRENN-HEBERT C., PAOLOTTI V., FOUREAU V., LEBERT A. *Recherche-action sur la prise en charge médico-sociale des femmes enceintes sans couverture sociale*. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998 ; 27 : 772-81
- 47- LYNCH M.A., *Ill-health and child abuse*. The Lancet, 1975 ; N 2: 317-9
- 48- McCULLOUGH M., SCHERMAN A. *Family-of-origin interaction and adolescent mothers' potential for child abuse*. Adolescence. 1998 Summer; 33(130): 375-84
- 49- MANCIAUX M., GABEL M., GIRODET D. *Enfances en danger*.1987 ; Paris, Ed Fleurus. Psychopédagogie
- 50- MARNEFFE C. *Dépistage et prévention de la maltraitance au cours de la grossesse* Soins, gynéc, puer, péd, 1994 ; N° 160 /161 : 15-21
- 51- MIGNOT C. *Evolution de la notion de maltraitance*. Les dossiers de l'obstétrique, 1996,242 :3-6

- 52- MIGNOT C., *La grossesse chez l'adolescence* In Pédiatrie en maternité, Francoual C., Huraux-Rendu C., Bouillié J., Med-sciences Flammarion, 1998 ; 595-9
- 53- MILNER J.S., AYOUB C. *Evaluation of « at risk » parents using the Child Abuse Potential Inventory*. Journal of Clinical Psychology, 1980; 36, 4: 945-8
- 54- MILNER J.S., WIMBERLEY R.C. *An inventory for the identification of child abusers*. Journal of Clinical Psychology, 1979; 35, 1: 95-100
- 55- MOLENAT F. *Attachement et vulnérabilité*. Cahiers de l'AFREE, 1994 ; 8 : 3-8
- 56- MOLENAT F. *Mères vulnérables*. Paris, Stock, 1990
- 57- MOLENAT F. *Rencontrer les parents, et non les dépister. Les dossiers de l'obstétrique, 1996 ; N°242, 25-32*
- 58- MURRAY L., COOPER PJ. *Postpartum depression and child development*. Psychological medicine. 1997; 27: 253-60
- 59- SALTER AC. *Response to the "Abuse of the Child Sexual Abuse Accomodation Syndrome".J Child Abuse, 1992 ; 1 :173-7*
- 60- SILVERMANN FN. *The Roentgen manifestations of unrecognised skeletal trauma in infants*. Am J Roentgenol 1953; 69: 413-26
- 61- SOULE M., NOEL J. *La prévention médico-sociale précoce*. Document de travail du COPES, 23, rue Lalande, 75014 Paris (sd)
- 62- SOULE M. (ouvrage collectif) *Introduction à la psychiatrie fœtale*. Ed ESF, Paris 1992
- 63- STRAUS P, MANCIAUX M. *L'enfant maltraité*. Paris Fleurus 1993 ; 220-2
- 64- VIAL M., BENOIT A., SCHNEIDER Z., SOUBBARAMAYER J. *Maltraitance du fœtus et du nouveau-né*. Ann Pédiatr (Paris), 1996; n°6 :446-5
- 65- WINNICOT D.W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot 1969
- 66- WINNICOT D.W. *Le bébé et sa mère*. Paris, Payot 1992

Liste des abréviations utilisées :

AAH : Allocation Adulte Handicapé
ADT : Aide à Domicile par le Travail
AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
AEP : Action Educative Parentale
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAF : Caisse d'Allocations Familiales
CAMPS : Centres d'Action Médico-Sociale Précoce
CAT : Centre d'Aide par le Travail
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGAS : Direction Générale Adjointe de la Solidarité
DISS : Direction des Interventions Sanitaires et Sociales
EPDS : Edimbourg Postnatal Depression Scale
ETP : Equivalent de Temps Plein
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers
HO : Hospitalisation d'Office
IME : Institut Médico-Educatif
MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
ODAS : Observatoire de l'Action Sociale Décentralisée
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux soins
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
SASGP : Service d'Action Globale de Proximité
SROS : Schéma Régional d'Orientation Sanitaire
VSI : Vie Sociale et Insertion

Evaluation d'un travail de prévention médico-sociale en périnatalité au sein d'une maternité de proximité. (Exemple de la maternité d'Ancenis)

RESUME

La prévention de la maltraitance en périnatalité repose sur trois données: l'existence de facteurs de risque, de troubles précoces de l'attachement et la notion de transparence psychologique de la grossesse, propice à une mobilité psychique intéressante. Les actions de prévention proposent un accompagnement renforcé pluridisciplinaire pour un soutien social, psychologique ou éducatif. Dans ce travail est présenté un réseau de périnatalité rassemblant une maternité de moins de 800 accouchements annuels de Loire-Atlantique, un service de PMI et un Centre Médico-Psychologique. A travers la description des interventions menées sur une année et de leur devenir à trois ans sont analysés les résultats du réseau, les moyens à disposition et les difficultés rencontrées. Pour finir est élaboré un outil visant à soutenir le repérage par les soignants des situations de dysharmonie mère-enfant, en vue d'une intervention d'aide précoce.

MOTS-CLES

Prévention- Maltraitance- Périnatalité- Facteurs de risque- Attachement mère-enfant