

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2006-2007

N°101

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

par

Agnès VIEILLARD-BARON CHAUVET

née le 18 juillet 1977 à Paris XI

Présentée et soutenue publiquement le 16 janvier 2007

LA PREVENTION GLOBALE EN PERINATALITE

**QUELLE PLACE
POUR UN ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE ?**

Président : Monsieur le Professeur PHILIPPE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur HALIMI

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
I - POURQUOI DEVELOPPER LA PREVENTION EN PERINATALITE	16
1- La périnatalité : un domaine carrefour pour traiter de questions complexes	16
1.1- GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, <i>POST-PARTUM</i> : DES PROCESSUS ORGANIQUES, MAIS AUSSI EMOTIONNELS	16
• Face à l'inquiétude de la naissance, un suivi uniquement médical est insuffisant	16
• L'angoisse de la naissance : une réalité multiforme qui mérite l'attention des soignants	18
• La grossesse et l'accouchement amplifient les vulnérabilités	19
• Les répercussions liées aux conditions de la grossesse et de l'accouchement	21
1.2- POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA GLOBALITE DU CHAMP PERINATAL	23
• Vers une définition large du domaine de la périnatalité	23
• L'importance de la dimension psychique en périnatalité	24
• La fonction de gynécologue-obstétricien : une compétence médicale, doublée d'un souci d'accompagnement en périnatalité	25
2- Les processus psychiques dans la période périnatale	26
2.1- LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE, PERIODES CLES AU PLAN PSYCHIQUE	27
• La transparence psychique des femmes enceintes : un mécanisme sain	27
• Devenir parents : s'engager dans la maternalité et la paternalité	28
• La période périnatale : un moment privilégié d'accessibilité au soin psychique	30
2.2- LA QUALITE DE L'ATTACHEMENT, REFLET DES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT	31
• La « situation étrange », occasion d'observer différents types d'attachement	33
• La constitution du « self » et des premiers liens, miroir des interactions précoces	34
• Les différents niveaux d'interaction parents-enfant	36
• Le modèle transactionnel : le bébé comme partenaire	37
• Les phénomènes de transmission intergénérationnelle	39
3- Les perturbations des relations parent-nourrisson	40
3.1- LES BEBES EXPOSES AUX DEFAILLANCES PARENTALES	41
• Les modifications des interactions mère-bébé	41
• Mères psychotiques et bébés autorégulés : une dynamique interactive	43
• La dépression du <i>post-partum</i>	44
• Les troubles de l'attachement	46

3.2- LES CARENCES AFFECTIVES PRECOCES	48
• Les carences au sein de la famille	48
• Les perturbations des relations avec les professionnels	49
4- La prévention précoce	50
4.1- ESSAI DE DEFINITION	50
• Prévention primaire, secondaire et tertiaire	50
• De la prévention au soin, les logiques différent, voire se neutralisent	52
• Les moments propices à la mise en œuvre d'une prévention efficace	53
4.2- STIGMATISATION ET NORMALISATION : DEUX ECUEILS A EVITER	56
• Empêcher le pire ou préparer un avenir meilleur : les deux facettes de la prévention	56
• Eviter de voir dans les facteurs de risque les germes d'une maltraitance à venir	57
• Réduire les risques sans recourir à la norme de la « bonne famille »	58
4.3- LA PREVENTION : UNE DEMARCHE BASEE SUR L'ATTENTION ET L'INVENTION	59
• L'impossibilité de dresser une liste générale de facteurs de risque	59
• Des facteurs de risque aux demandes masquées : la notion de « clignotants »	60
• Guider la construction de la parentalité sans « formater » les parents	67
• La nécessité de travailler en équipe	68
5- Vers l'affirmation de la prévention comme enjeu de santé publique	69
5.1- UN PROBLEME LONGTEMPS NEGLIGE	69
• Trop de manques pour une prévention efficace	69
• Des clivages institutionnels	71
5.2- AMORCER UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTE PUBLIQUE : IMPERATIF OU UTOPIE ?	73
• Une approche globale pour des cas toujours spécifiques	74
• L'émergence de la notion d'« enfant en risque »	75
II - L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE, PORTE D'ENTREE DANS LA PREVENTION	
1- Des propositions aux décisions politiques	78
1.1- DES MISSIONS PREPARATOIRES	80
• <i>La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents</i>	80
• <i>Agir aux racines de la violence</i>	81
• La Mission Périnatalité	83
• <i>Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et de la santé mentale</i>	86
• <i>Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité</i>	86
• Rapport de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants	88
• <i>Périnatalité et parentalité</i>	89

1.2- DES PLANS DE SANTE PUBLIQUE	91
• Le Plan périnatalité 2005-2007 : <i>Humanité, proximité, sécurité, qualité</i>	91
• Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008	92
1.3- LE CADRE REGLEMENTAIRE	95
• La circulaire DHOS/DGS 2005-300 relative à la collaboration médico-psychologique	95
• La création de la Commission nationale de la naissance	98
• Les recommandations de l'HAS pour la préparation à la naissance et à la parentalité	98
2- L'entretien prénatal précoce	99
2.1- LES OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN	99
• Le Plan Périnatalité et la circulaire du 4 juillet 2005	99
• Les recommandations de l'HAS	100
• Le Référentiel de formation à l'entretien prénatal	103
2.2- QUAND ET DANS QUELLES CONDITIONS PROPOSER L'ENTRETIEN ?	104
• La précocité de l'entretien, élément clé mais problématique	104
• Le choix d'une temporalité souple, adaptée au rythme de chaque femme	105
• A qui s'adresse l'entretien prénatal précoce ?	105
• Qui propose l'entretien à la femme enceinte ou au couple ?	106
2.3- QUI REALISE L'ENTRETIEN ?	107
• Divers professionnels pourraient réaliser l'entretien, qui met en jeu des compétences variées	107
• La question de la rémunération des soignants	107
• Dans les faits, la sage-femme est l'acteur privilégié de l'entretien	108
• La compétence et la formation des sages-femmes : un double enjeu	110
2.4- COMMENT S'EFFECTUE L'ENTRETIEN ?	111
• Savoir écouter et créer un climat de confiance	111
• Choisir une approche douce pour ouvrir le dialogue	113
2.5- QUEL EST LE CONTENU DE L'ENTRETIEN ?	113
• Le guide d'entretien proposé par l'HAS	114
• Identifier les facteurs de vulnérabilité : un processus délicat	116
2.6- LA FORMATION A L'ENTRETIEN	117
• Les objectifs et méthodes de formation	118
• Les acteurs de la formation : formateurs, organisateurs et participants	119
• L'évaluation et le suivi des formations	121
2.7- PRIMUM NON NOCERE	121
• S'en tenir aux enjeux que la femme peut assumer et qui peuvent être pris en charge en aval	122
• Assurer en aval les suites de l'entretien précoce, au travers des réseaux de périnatalité	122

2.8- ETAT DES LIEUX (ENQUETE NATIONALE 2006)	123
• Les résultats nationaux	123
• Les résultats régionaux	125
• Conclusion	125

III - LE TRAVAIL EN RESEAU, IMPERATIF D'UN SUIVI REUSSI ?

1- Les réseaux périnataux	127
1.1- LA NOTION DE RESEAU	127
• Le réseau : un thème à la mode, mais dont la mise en place pose problème	127
• Compléter les réseaux inter-hospitaliers par des réseaux ville-hôpital	129
• Le réseau : un outil performant pour envisager le patient dans sa globalité	131
• La fonction contenante du réseau : protéger les familles et les professionnels	133
• Réseaux formels, réseaux informels : une coordination difficile	133
1.2- LES PARTENAIRES DU RESEAU DE PROXIMITE (SCHEMA)	135
1.3- LE CADRAGE NATIONAL : POUR LE DEVELOPPEMENT DES RESEAUX PERINATALS	137
• Le Plan Périnatalité	137
• Les textes réglementaires	138
• La structuration des réseaux de santé	139
1.4- LE FONCTIONNEMENT DES RESEAUX PERINATALS	142
• Les modalités d'organisation	142
• La formation	144
• L'évaluation	145
• L'articulation des réseaux	147
2- Des acteurs multiples : la place de chacun	147
2.1- LES DIFFICULTES A TRAVAILLER EN COMMUN	148
• Le temps de l'action prime sur celui de l'échange	148
• Les contraintes du fonctionnement hospitalier	149
• Des résistances potentielles à surmonter	150
2.2- L'OBJECTIF DES RESEAUX : TRAVAILLER ENSEMBLE EN GARDANT SA SPECIFICITE	151
• Dépasser les clivages disciplinaires pour faire émerger un projet commun	151
• Travailler en réseau pour apporter plus de sécurité aux familles et aux professionnels	152
2.3- SOMATICIENS / PSYS : LES DEFIS DE LA COLLABORATION	154
• Une collaboration difficile à mettre en place, mais à l'enjeu primordial	154
• Le discours du psychiatre et ses références théoriques sont souvent mal perçus	156
• Le travail indirect : soutien des psys aux soignants de première ligne	157
• Etre psy en maternité : une fonction originale et innovante	160

2.4- A CHACUN SON ROLE...	161
• Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes	161
• Les médecins généralistes	163
• Les pédiatres et les puéricultrices	165
• Les psychiatres, pédopsychiatres et psychologues	166
• Les services médico-sociaux départementaux : PMI, ASE	167
• Les femmes enceintes et les couples	174
3- La transmission des informations : pour un dossier périnatal partagé ?	175
3.1- ECHANGER LES INFORMATIONS ET RESPECTER LA PART DU SECRET : UN DILEMME	175
• La dimension humaine de la transmission	175
• Distinguer ce qu'il convient de partager ou de garder pour soi	176
• Impliquer la femme/le couple dans la transmission des informations	177
• Le retour d'informations : une nécessité	178
3.2- CONSTRUIRE UN SUPPORT DE TRANSMISSION ADEQUAT : UNE QUESTION D'ACTUALITE	179
• Les recommandations de l'HAS, guide pour une transmission réussie	179
• Les difficultés juridiques relatives à la transmission	180
• L'enjeu du support de transmission : le dossier périnatal partagé à l'étude	180
4- Le partage des bonnes pratiques : de l'expérience à la formalisation	181
4.1- DES EXPERIENCES INNOVANTES	181
• Les réseaux de Bourgogne	181
• Le réseau NOVANAT (Nord Vaucluse Natalité)	184
4.2- VERS UNE FORMALISATION DES RESEAUX	185
• Les éléments essentiels à la construction d'un réseau	186
• La fonction de coordination : un nouveau métier, à la fois médical et administratif	187
• Bien informer professionnels et usagers	188
4.3- PROMOUVOIR LES RESEAUX : AMBITION REELLE OU DISCOURS POLITICIEN ?	189
• Les incohérences politiques : des objectifs mal financés	189
• Un pilotage bureaucratique et mal informé	191
IV - UN ACCOMPAGNEMENT AU CAS PAR CAS	
1- Etre présent même en l'absence de problème manifeste	196
1.1- UN ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE POUR TOUS	196
1.2- QUELQUES DISPOSITIFS D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT COMMUNS A TOUTES LES FEMMES	197
1.3- LE TRAVAIL EN RESEAU : UN PROGRES NOTABLE, MEME EN L'ABSENCE DE TROUBLE	199

2- Adapter les prises en charge à des problèmes spécifiques	200
2.1- LA PRECARITE	201
• Apporter un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation précaire	201
• Les difficultés à assurer une continuité dans la prise en charge	202
2.2- LES ADDICTIONS	204
• Le tabac, l'alcool, les toxiques	204
• Les propositions gouvernementales	206
2.3- LES POPULATIONS SPECIFIQUES	207
• Les adolescentes	207
• Les femmes ayant une maladie chronique	214
• Les femmes ayant un handicap	215
2.4- LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	218
• La psychiatrie de liaison en maternité	219
• Les unités d'hospitalisation parents-bébé	222
• Des insuffisances en matière de psychiatrie périnatale	226
3- Un film sur l'histoire de Flavie	227
3.1- L'HISTOIRE DE FLAVIE : UN SUIVI REGULIER POUR UNE SITUATION A REBONDISSEMENTS	228
3.2 UNE HISTOIRE RICHE D'ENSEIGNEMENTS	235
• Collaborer pour une prise en charge « sur mesure »	235
• Anticiper mais se donner le temps d'observer	236
• Reconnaître les identités parentales pour élaborer la séparation	236
CONCLUSION : DES PREMIERS BILANS AUX NOUVEAUX DEFIS	238
BIBLIOGRAPHIE	244

INTRODUCTION

En médecine, les dernières décennies ont été marquées par d'importants progrès techniques, notamment dans le domaine de la périnatalité. Ainsi, en trente ans, la mortalité périnatale a considérablement diminué, passant de 35 à 6,5 décès pour 1000 naissances, de même que la mortalité maternelle, qui est passée de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances. Mais ces progrès techniques se sont limités au domaine de la médecine purement organique. Or on s'aperçoit maintenant qu'il est indispensable de créer des ponts entre deux cultures jusqu'à présent distinctes : l'objectivité nécessaire de la médecine organique et la subjectivité du monde « psy », porte d'entrée au registre émotionnel. D'où un élan vers une **réhumanisation de la médecine** en général. Et ce, dès les études médicales, au cours desquelles les disciplines ne sont plus enseignées de façon cloisonnée, mais, au contraire, sous forme de modules transversaux articulés autour du patient.

Les gynécologues-obstétriciens, de formation chirurgicale et peu ou pas sensibilisés à la psychologie, se trouvent fréquemment déstabilisés, au cours de leur pratique, par les émotions violentes inhérentes à la spécialité. Ils sont donc demandeurs d'une aide psychologique, par exemple dans les domaines de la Procréation Médicalement Assistée ou du diagnostic anténatal et de la médecine fœtale, à la fois pour soutenir les patientes et pour éclairer leur propre réflexion. Dans le même sens, le professeur René Frydman, dans la préface du livre de Myriam Szejer, *Ces neuf mois-là* (111), constate que, du fait de l'évolution récente de la médecine et de l'importance prise par les progrès technologiques « le spécialiste, même curieux de la vie psychique de ses patientes, a rarement la possibilité d'y prêter attention. En médecine hospitalière, si l'obstétricien peut entendre, il a à répondre à une demande spécifique et son approche reste organique ».

On constate que les questions de Procréation Médicalement Assistée ou de diagnostic anténatal ont suscité de nombreuses réflexions éthiques, alors qu'elles ne touchent qu'un nombre limité de familles. En revanche, l'importance et la complexité de la construction psychoaffective de l'être humain dès son plus jeune âge et la fragilité des liens parents-enfant, qui concernent l'ensemble de la population, suscitent moins d'intérêt. Ainsi, les progrès techniques en obstétrique et en néonatalogie ont conduit ces dernières années à des avancées considérables permettant de prévenir le handicap au stade fœtal ; mais, paradoxe de la modernité, des situations plus quotidiennes peuvent échapper à la meilleure des vigilances. Pour les obstétriciens ou les pédiatres, la prévention de la prématurité apparaît comme une évidence, alors que la prévention de difficultés relationnelles entre les parents et le bébé, dans l'intérêt de l'enfant, semble moins

évidente. Il paraît donc nécessaire de réintégrer la dimension affective dans le processus humain qu'est l'arrivée d'un enfant, de la grossesse à la naissance et à sa construction au cours de ses premières années.

Par ailleurs, l'obstétrique est marquée par des problèmes médico-légaux, avec une recrudescence des procès et une augmentation des primes d'assurance des obstétriciens. Bien souvent, hormis dans les cas d'erreurs médicales, ces procès auraient pu être évités par une meilleure communication entre l'obstétricien ou l'équipe soignante et la femme ou le couple. Les soignants ont besoin d'être sensibilisés à la psychologie, pour mieux comprendre certaines réactions des femmes et de leur entourage ou éviter de mal interpréter des comportements parfois violents. En effet, ces moments, souvent très courts, ont une charge énorme en émotions et en stress tant pour le patient que pour le praticien, chacun croyant être dans le vrai et ayant du mal à prendre du recul.

Etant moi-même en fin d'internat de gynécologie-obstétrique, j'ai été personnellement confrontée, pendant mes stages en maternité et dans différents services de gynécologie, à la souffrance de femmes et de couples, lors de fausses-couches à répétition, de mort fœtale *in utero*, d'annonce de stérilité, de diagnostic de cancer, de chirurgie mutilante, ou, plus fréquemment, lors d'accouchements difficiles du fait d'extractions instrumentales (forceps, par exemple) ou d'une césarienne en urgence. J'ai fait appel, pour certaines patientes, à des psychiatres de liaison ou des psychologues de maternité, plus ou moins disponibles et accessibles selon les lieux.

Sensibilisée à ces questionnements et à cette approche transdisciplinaire, j'ai demandé à passer un semestre dans un service de pédopsychiatrie. Cette demande a immédiatement obtenu un écho favorable, aussi bien de la part de mon chef de service de gynécologie-obstétrique que du chef de service de pédopsychiatrie. J'ai donc passé **un semestre** dans une unité mère-enfant de pédopsychiatrie, **au Centre du Tout Petit de la Roche-sur-Yon**. Il s'agit d'une unité qui accueille en hôpital de jour des femmes enceintes, ainsi que des enfants de moins de deux ans avec leur mère. L'accueil a été très chaleureux, marqué d'un peu de curiosité, aussi bien de la part de l'équipe soignante que des patientes. J'ai découvert progressivement le travail d'observation des nourrissons et des interactions mère-enfant dans les temps de repas, de change, de bain, de jeu et également pendant les ateliers de psychomotricité et d'éveil au livre. J'ai beaucoup appris de ce que j'ai pu échanger quotidiennement avec les infirmières, la psychomotricienne et l'orthophoniste, lors des réunions bihebdomadaires de « reprise » avec la psychologue et lors des synthèses hebdomadaires animées par la pédopsychiatre responsable de l'unité.

J'ai remarqué qu'au sein même de l'unité les professionnels avaient des formations très variées et que, d'une façon générale, le service de pédopsychiatrie travaillait en collaboration avec de nombreux partenaires, tels que la Protection Maternelle et Infantile, les services de psychiatrie adultes, l'Aide Sociale à l'Enfance, les pédiatres, les généralistes parfois. Ce travail en partenariat est considéré comme indispensable, et est totalement intégré au fonctionnement de cette unité mère-enfant. Contrairement à la gynécologie où les femmes consultent directement, les patientes ou les enfants sont, dans la plupart des cas, adressés par un autre professionnel et ont souvent plusieurs suivis, notamment médicaux ou sociaux. Ainsi, à la différence des pratiques médicales les plus courantes, qui se centrent sur un domaine de soin particulier, les différents partenaires de l'unité travaillent de concert, et cherchent à développer une prise en charge globale des difficultés que peuvent rencontrer la mère et le tout petit. Afin de mettre en place ce suivi global, les membres de cette équipe composite se réunissent régulièrement pour faire des synthèses sur les situations qu'ils suivent en commun. En dépit de cette grande habitude du travail de groupe, quelques tensions subsistent autour des cas les plus difficiles.

Pour valoriser ce fonctionnement en partenariat, on m'a proposé, dès mon arrivée dans le service, de l'illustrer par un film portant sur une situation particulière : celle de Flavie, fillette de deux ans placée en famille d'accueil, et dont les deux parents sont malades mentaux. La prise en charge de cette famille, notamment au Centre du Tout Petit et en collaboration avec de nombreux intervenants locaux, a été particulièrement satisfaisante. J'ai rencontré Flavie lors de son suivi à l'hôpital de jour. Elle se développe harmonieusement et s'apprête à entrer prochainement à l'école, malgré un début de vie très difficile. Ses parents étant tous deux psychotiques, des liens avec le service de pédopsychiatrie ont été mis en place dès le début de la grossesse, à l'initiative de l'obstétricien qui en assurait le suivi. Quelques semaines après la naissance de Flavie, grâce à un étayage de la Protection Maternelle et Infantile, de l'Aide Sociale à l'Enfance, du pédopsychiatre et des psychiatres des parents, un placement en famille d'accueil a été demandé par le juge des enfants. Dans ce cas précis, il semble que la prise en charge globale de la situation soit couronnée de succès, puisque des liens authentiques ont pu être conservés entre Flavie et ses parents, que le placement est plutôt bien accepté et que les rapports entre les parents et la famille d'accueil sont bons.

Afin de parvenir à multiplier ces suivis réussis, qui nécessitent la mobilisation de partenaires de la sphère sociale comme de la sphère médicale, il semble indispensable que les uns et les autres entrent en relation le plus tôt possible, pour mettre en place un projet cohérent de prise en charge de la grossesse, de l'accouchement, puis de la relation mère-enfant au cours des premières années. L'**entretien prénatal précoce**, qui est l'une des mesures incluses dans le Plan Périnatalité 2005-2007, vise à cette prise en charge précoce et concertée des éventuelles difficultés inhérentes à la relation mère-enfant.

Cet entretien fait suite aux travaux résultant de la mission Périnatalité, confiée par le Ministre de la Santé et de la Solidarité aux professeurs Bréart, Puech et Rozé (31), et de la mission confiée au docteur Françoise Molénat, pédopsychiatre au CHU de Montpellier, par le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, en vue de définir des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité (41). A la demande de la Direction Générale de la Santé et des sages-femmes, des recommandations pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé (23), pour accompagner le Plan Périnatalité 2005-2007 (18). L'entretien prénatal précoce est placé principalement sous la responsabilité des sages-femmes. Il s'ajoute aux sept examens prénatals obligatoires et à la préparation à la naissance. Individuel ou en couple, il est prévu qu'il soit proposé systématiquement aux futurs parents, en début de grossesse, afin de préparer avec eux la venue au monde de leur enfant dans les meilleures conditions possibles, et de lui donner toutes ses chances pour un développement harmonieux. Cette approche intégrée de l'ensemble des données biologiques, émotionnelles, environnementales autour de la naissance est soutenue, dans le cadre du Plan Périnatalité, par un budget de 26 millions d'euros sur trois ans.

L'entretien individuel devrait permettre aux futurs parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles. Il devrait également conduire à reprendre avec eux leurs antécédents, leur suivi médical ou médico-social, à évaluer la solidité de leur entourage, à explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant. Enfin, cet entretien vise à proposer une aide personnalisée, en fonction des besoins propres à chaque famille ; pour ce faire, il s'appuie sur un **réseau d'acteurs de proximité**, permettant d'orienter les familles vers les professionnels qui seront les plus à même de les soutenir et d'anticiper avec elles la gestion des événements à venir.

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de Santé, le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une Préparation à la Naissance et à la Parentalité structurée. L'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés. Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance, qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. La personnalisation de l'accouchement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité dans la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau quels que soient la discipline et le mode d'exercice. Ces recommandations ont pour objectif de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de soins.

L'entretien prénatal précoce ne constitue pas un acte à part, mais est la porte d'entrée à la réintégration de la dimension affective dans la naissance. Il participe d'une **démarche de prévention**, à l'opposé de toute stigmatisation. En effet, il semble nécessaire de privilégier cette dimension préventive, car l'expérience montre qu'une fois l'enfant né et rentré à la maison, les parents se replient sur leurs difficultés, se sentent coupables, craignent d'être jugés, ce qui rend les aides plus difficiles à apporter. Intervenir le plus tôt possible dans le suivi de la relation mère-enfant apparaît donc préférable. Un des moyens de prévenir les troubles du développement psychoaffectif des enfants consisterait à améliorer, dès la grossesse, la sécurité émotionnelle des parents en mobilisant leurs ressources. Un réseau de professionnels fiables, centré sur chaque famille, tiendrait un rôle structurant, en assurant une cohérence entre anténatal et postnatal. Tout ceci nécessite un changement culturel profond dans un système largement fondé sur les réparations après-coup et au fonctionnement autocentré sur des institutions. Il est important de garder à l'esprit que, sans clarification du rôle de chacun et sans formations interdisciplinaires, on risque des dérives secondaires à une mesure qui touche à la fois à l'intimité des familles et aux identités professionnelles.

Afin de comprendre quels sont les enjeux d'une action préventive précoce, aussi bien pour les personnes, dans leur singularité, qu'au niveau plus large de la santé publique, nous étudierons, dans une première partie, les événements qui marquent la période périnatale : processus « normaux » chez la femme enceinte, mais également pathologiques.

Nous analyserons, dans un deuxième temps, les propositions et décisions politiques concernant la prévention en périnatalité, tout particulièrement l'entretien prénatal précoce, ses objectifs et ses modalités.

Nous verrons que cet entretien est adossé à un réseau d'intervenants de proximité : acteurs multiples qui doivent trouver chacun leur place, communiquer, se transmettre des informations.

Enfin, dans une quatrième partie, nous observerons comment ces actions générales de prévention se font, sur le terrain, au cas par cas. Nous terminerons par la situation de Flavie, illustrée par le film, exemple réussi d'accompagnement ajusté à des parents malades mentaux.

PREMIERE PARTIE

POURQUOI DEVELOPPER LA PREVENTION EN PERINATALITE ?

1 - LA PERINATALITE, UN DOMAINE CARREFOUR POUR TRAITER DE QUESTIONS COMPLEXES

1.1- GROSSESSE, ACCOUCHEMENT, *POSTPARTUM* : DES PROCESSUS ORGANIQUES, MAIS AUSSI EMOTIONNELS

Si, à l'heure actuelle, la grossesse comme l'accouchement sont l'objet d'une grande attention sur le plan organique, le suivi émotionnel de ces processus est encore assez balbutiant. En effet, c'est avant tout sur les difficultés physiologiques que porte l'attention du gynécologue-obstétricien : il cherche à prévenir les risques ayant une incidence immédiate sur la sécurité de la grossesse et de la naissance, et fait souvent peu de cas des angoisses de la femme enceinte qui ne sont pas fondées médicalement. Or, le fait d'attendre un enfant ne se limite pas aux processus organiques que recouvre le domaine d'intervention de l'obstétricien. Certes, la femme porte l'enfant à naître dans son ventre, mais elle le porte aussi mentalement. La naissance met donc en jeu deux sphères distinctes, l'une organique et l'autre émotionnelle, qui tendent à interagir. C'est à cette complexité qu'il convient de se confronter pour que la venue au monde du bébé puisse se faire dans les meilleures conditions.

- **Face à l'inquiétude de la naissance, un suivi uniquement médical est insuffisant**

O. Tagawa, sage-femme libérale, dans le chapitre « Préparer à la naissance : enfance de l'art, art de l'enfance », paru dans l'ouvrage *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* (112), constate que la prise en compte de l'angoisse des femmes enceintes se limite trop souvent, à tort, au domaine purement médical. A l'heure actuelle, seuls deux types de peurs ont droit de cité : la peur de la maladie ou de l'anomalie, et la peur de la douleur. Ainsi, les réponses sécuritaires telles que la surveillance, les dépistages et la prise en charge technique de la douleur semblent, à première vue, répondre aux « terreurs » modernes. Or tout professionnel pratiquant le suivi de grossesse est frappé par l'angoisse massive qu'éprouvent bon nombre de femmes et ce d'autant plus qu'elles sont étroitement prises en charge médicalement. Lorsqu'on les écoute, des peurs bien plus intérieures, singulières, différenciées, s'expriment. L'expression de ces peurs est un préalable essentiel pour l'éveil d'un sentiment de « **sécurité intérieure** ». Certes, le sentiment de « **sécurité extérieure** » lié à la surveillance médicale est nécessaire et requiert une grande

confiance dans la compétence médicale de l'équipe, mais il n'est pas suffisant : il est également fondamental de favoriser tout ce qui peut accroître le sentiment de sécurité intérieure, de confiance dans sa propre compétence maternelle et dans le processus naturel de la naissance. L'esprit en état d'alerte, d'insécurité, paralyse toute possibilité de réaction instinctive et donc adaptative. Dès lors, mettre l'accent sur la sécurité intérieure, émotionnelle, c'est dans le même temps travailler à la qualité de la sécurité extérieure, médicale.

En effet, chercher à rassurer émotionnellement la femme enceinte permet de lui donner suffisamment confiance pour qu'elle soit en mesure de garder sa lucidité et ses aptitudes en cas d'accouchement difficile. Elle se trouve alors mieux armée pour vivre le processus, certes naturel mais néanmoins troublant, de la naissance, et pour travailler de manière active avec l'obstétricien. En d'autres termes, le travail psychique induit en retour une plus grande réactivité dans le domaine physique, et permet parfois de réaliser les accouchements dans un plus grand respect du rythme naturel, sans recourir à une importante médicalisation.

Ainsi, pour les soignants, l'enjeu et la gageure consistent à faire tout ce qui est possible pour favoriser la physiologie, sans vouloir à tout prix la physiologie, et surtout pas de la vouloir à l'encontre du désir de la mère. Cette conviction se fonde sur le principe du *primum non nocere* : une mère et son bébé sont « équipés » pour vivre la naissance et la règle reste d'intervenir le moins possible dans les processus naturels. Pour O. Tagawa (112), il s'agit avant tout, et chaque fois que c'est médicalement possible, de ne pas déranger le processus subtil et délicat des premiers pas dans la vie de parents. Comment l'enfant peut-il trouver une sensation de sécurité si la grossesse a été vécue comme une surveillance, ponctuée par l'attente des consultations mensuelles, des résultats d'examens médicaux, où jamais la question du ressenti propre de la femme n'a été questionnée ? Comment l'enfant peut-il trouver une sensation de sécurité si, pendant sa traversée, la femme, perfusée, monitorée, accélérée, n'a pu qu'attendre, éperdue, que « cela » cesse, qu'enfin il sorte ?

« Les douze mois, de la fécondation au repos post-natal, se proposent à la femme et à l'homme comme une **initiation** à leurs futures responsabilités. C'est une initiation qui a besoin d'être accompagnée, balisée, étayée parfois et surtout vécue dans une chaleureuse communauté humaine. Que les rites ancestraux soient remplacés par des soins médicaux adaptés est certes un progrès en termes d'efficacité médicale et, par là, améliore radicalement la sécurité pour la mère et l'enfant. Mais que la seule réponse à l'angoisse majeure que suscite cet acte magnifique et terrifiant qu'est la conception humaine se réduise à des gestes techniques et des préceptes médicaux, constitue un recul dans ce que la société humaine a toujours inventé » (112).

- **L'angoisse de la naissance : une réalité multiforme qui mérite l'attention des soignants**

Les angoisses provoquées par la naissance sont de deux ordres : F. Molénat, dans son livre *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94), distingue l'angoisse « liée », décodable, congruente à la réalité de la situation existentielle dans ses aspects médicaux ou sociaux, et l'angoisse « non liée ». En d'autres termes, il existe une forme d'angoisse purement liée à l'accouchement et à l'arrivée du bébé, et une angoisse bien plus inquiétante qui n'est pas directement corrélée à ces phénomènes, mais qui s'exprime de manière particulièrement forte à ce moment précis. Quel que soit le type d'angoisse de la femme enceinte, elle a, dans les deux cas, des répercussions sur le vécu de la grossesse et de l'accouchement. Il convient donc que les soignants lui accordent toute l'attention nécessaire, afin de rassurer la mère, et du même coup, de faciliter le travail d'accouchement le moment venu.

L'**angoisse liée** doit être prise en compte, sinon elle risque d'entraver la réactivité de la femme enceinte. Ce fut l'objet de la première étape de transformation des services d'obstétrique et de pédiatrie néonatale : contenir l'angoisse, personnaliser les soins, introduire des points de sécurité en fonction de la situation particulière. L'introduction de techniques médicales nouvelles portait en elle-même un potentiel traumatique. L'objectif étant une réduction de la mortalité et de la morbidité, il n'était pas trop difficile cependant, après une phase de iatrogénie silencieuse, d'enrichir les pratiques en réintroduisant la dimension affective dans les soins – c'est-à-dire en n'entravant pas son expression, en accueillant simplement les émotions et en permettant ainsi aux femmes de partager leurs angoisses.

L'**angoisse « non liée »** permet de déceler d'éventuelles perturbations ultérieures dans le développement de l'enfant. Elle est lisible par tous les professionnels. Ce sera, par exemple, la peur irraisonnée de l'accouchement, signal de grande valeur quant aux processus de séparation dans la genèse des attachements précoces : la peur qui ne cède pas aux explications traduit l'impossibilité de penser à l'enfant à venir. Il pourra s'agir aussi de l'émergence d'une angoisse décalée, lorsque survient notamment une grossesse après des années d'infertilité. Ainsi en témoigne une mère, après plusieurs années d'entretiens approfondis à propos de son enfant souffrant d'un grave trouble de la communication : *« J'ai eu beaucoup de mal à obtenir cette grossesse. Ma gynécologue m'a dit, quand j'ai saigné au deuxième mois : "Il ne faut pas se battre, certains enfants n'ont pas envie de vivre." Elle m'a bien soignée, la grossesse s'est poursuivie. J'étais de plus en plus anxieuse. Quand j'ai essayé de le lui dire, elle a voulu me rassurer : "Ce n'est pas le moment, un enfant arrive enfin" »*. Pour cette jeune femme, née elle-même, par accident, d'une mère déprimée, s'est verrouillée une peur anxieuse autour de ces deux thèmes : ma mère ne m'a pas désirée, mon enfant n'a peut-être pas envie de vivre. Elle décrit précisément le contexte culpabilisé dont elle a enveloppé le nouveau-né, en excluant le père pour protéger « à tout prix » cet enfant. On peut espérer, grâce à ce type de témoignage, que la verbalisation des

affects pourra s'effectuer avant que l'enfant n'y soit englué. Un gynécologue-obstétricien moins isolé, ou acquis aux enjeux de la prévention, proposera que cette angoisse soit prise en compte par un spécialiste, dégageant la place de l'enfant et ouvrant ainsi pour la mère la possibilité de reconstruire au sein d'elle-même une enfance difficile.

Se montrer à l'écoute des angoisses des femmes enceintes, y compris des angoisses non liées, c'est-à-dire n'ayant pas d'enjeu directement gynécologique ou obstétrique, ne va pas de soi pour un gynécologue-obstétricien. « Aucune révolution théorique n'est en marche ! », écrit F. Molénat (94). « Pourtant les obstacles sont immenses et nous sommes bien loin d'utiliser nos propres ressources dans les meilleures conditions d'exercice. Il nous faut accepter d'avancer à tout petits pas... »

- **La grossesse et l'accouchement amplifient les vulnérabilités**

Les troubles psychiques liés à la venue au monde d'un enfant ne se limitent pas aux peurs des femmes enceintes, qu'elles soient de l'ordre du médical ou de l'émotionnel. En effet, il n'est pas rare que la grossesse ou l'accouchement se déroulent difficilement, et engendrent, voire réveillent des vulnérabilités psychiques chez la femme enceinte. M. Delour, pédiatre de Santé Publique, dans son *Plaidoyer pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale* (68), distingue deux types de femmes et de familles lorsqu'elle étudie l'impact de la vulnérabilité psychique de ces dernières sur la grossesse et la naissance : celles qui sont *a priori* « sans problèmes » et celles dont les vulnérabilités sont connues *a priori*.

La survenue de circonstances adverses peut concerner des **femmes et familles sans problèmes particuliers**. Les problèmes obstétricaux et néonataux peuvent survenir de façon prévisible ou non, et générer des problématiques psychiques pour lesquelles le recours à un « soin spécifique » est justifié. On peut évoquer par exemple l'angoisse des menaces d'accouchement prématuré, les conflits d'intérêt entre la santé de la mère et celle de l'enfant dans les pathologies maternelles ou fœtales, les nécessités de diagnostic anténatal, les nouveau-nés malades... Même en l'absence de problème médical identifié ou suspecté, le vécu traumatique de certains événements comme l'accouchement peut constituer un véritable traumatisme psychologique, à considérer et à traiter comme tel, mais qui passe souvent inaperçu du fait de son caractère isolé. Enfin, les deuils pendant la grossesse doivent faire l'objet d'une attention particulière : les interruptions thérapeutiques de grossesse, les fausses-couches, les décès d'enfants malades, doivent être accompagnés tant des rituels de la mort socialisée que de l'expression de la souffrance et de la révolte. Pour une population *a priori* « normale », la survenue d'événements traumatiques, ou vécus de façon traumatique, peut induire des difficultés majeures – de la mère, du père, de la fratrie – et des obstacles graves à l'investissement de l'enfant. Ces difficultés sont encore amplifiées quand il existe des risques pouvant hypothéquer

l'avenir de l'enfant, tel un handicap, pour lesquels les parents doivent bénéficier d'une « guidance attentive ».

Dans le cas des **femmes et familles dont les vulnérabilités sont connues *a priori***, il convient de traiter de manière différenciée divers types de vulnérabilités possibles :

- Les **contextes sociaux problématiques** sont souvent corrélés à des problèmes médico-obstétricaux. De nombreuses études confirment les liens entre pathologie périnatale et risque social. La dimension de la souffrance psychique est le plus souvent présente dans ces situations. Les grossesses des mineures, souvent cachées, les grossesses peu ou pas suivies, déclarées tardivement, sont notamment marquées par des risques périnataux accrus. Les dénis de grossesse témoignent en général de troubles graves de l'investissement de la grossesse, pouvant parfois aboutir à un infanticide, les demandes d'accouchement sous X ou de consentement à l'adoption, les grossesses faisant suite à une demande d'IVG non aboutie, les violences conjugales souvent déclenchées ou aggravées par la grossesse, que les femmes cachent, marquées par la honte, dans une relation ambivalente au compagnon violent, les grossesses conduites en exil, souvent après des parcours traumatiques ou marqués par des ruptures familiales ou des conflits identitaires, les jeunes femmes isolées, les antécédents connus de placement, de maltraitance ou d'intervention éducative sur prescription judiciaire, toutes ces situations de vulnérabilité exposent les jeunes enfants à des comportements de maltraitance en lien avec des carences relationnelles.
- Les **conduites addictives** dominées par l'alcool et la toxicomanie, certains contextes familiaux souvent carencés et violents exposent tout particulièrement les mères et les enfants aux séparations précoces.
- Les **contextes psychopathologiques connus**, tels que les psychoses maternelles, les carences psychoaffectives graves, sont marqués par des difficultés d'attachement empêchant l'établissement de liens stables dans la durée. Ces familles sont souvent mobiles et fuyantes, mettant en échec les services d'accompagnement mal coordonnés. Les dépressions maternelles et psychoses puerpérales, psychopathologies faisant irruption chez des sujets sans antécédents connus, sont à distinguer d'une décompensation attendue d'une psychopathologie antérieure.

Les **vulnérabilités psychiques et sociales** sont souvent imbriquées. La souffrance psychique s'inscrit en effet dans un réel d'ici et maintenant qui ne peut être évincé et on ne saurait faire l'économie de l'importance du « soin social », qui permet de mettre en place plus efficacement le « soin psychique ». Dans l'article « Quelle éthique pour l'évaluation de la relation entre une mère et son bébé ? Hospitalisations conjointes mère-bébé et séparation » (182), F. Poinso et M. Rufo analysent les cas des 100 derniers enfants hospitalisés avec leur mère dans leur unité du CHU de

Marseille. La situation a évolué 22 fois vers une séparation. Ils constatent que l'appréciation d'éléments de la réalité (conditions matérielles d'accueil du bébé, qualité de l'entourage conjugal et familial de la mère) est au moins aussi importante que l'appréciation des éléments du discours maternel, de la personnalité ou d'une sémiologie psychiatrique. Malgré tout, il est bien établi que les enfants dont la mère présente une maladie mentale représentent un groupe à haut risque de troubles du développement psychique aussi bien durant l'enfance qu'à l'âge adulte. A l'âge adulte, les études ont porté essentiellement sur l'incidence de la pathologie schizophrénique parentale. Différentes études (144) ont établi de manière concordante qu'il existe un risque de 10 à 15% pour un enfant de mère psychotique de développer une psychose à l'âge adulte et un risque de 20 à 30% pour un enfant issu de deux parents schizophrènes.

- **Les répercussions liées aux conditions de la grossesse et de l'accouchement**

Au-delà des conséquences à court terme, la grossesse influe plus largement sur l'avenir de l'enfant. En effet, pour S. Stoleru (52), il existe une continuité entre les élaborations fantasmatiques qui ont lieu pendant la grossesse et celles qui fondent les interactions mère-enfant après la naissance ; autrement dit, l'instauration des liens parents-enfant a lieu avant la naissance. Plus largement, J.P. Schaal (220) note, en s'appuyant sur des publications internationales (179, 140), que « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère, ainsi que leur avenir ». Dès lors, le suivi en période prénatale devient un enjeu considérable : agir à court terme sur la qualité de la grossesse, c'est parfois modifier à plus long terme la qualité de la croissance de l'enfant comme de sa vie d'adulte.

Les conditions de la grossesse et de l'accouchement peuvent avoir de multiples répercussions chez l'enfant, telles que des dépressions, des psychoses, des retards de développement, des troubles de l'attachement... Nous n'entrerons pas ici dans le détail de tous ces troubles, mais nous nous intéresserons plus particulièrement à une expertise collective de l'INSERM, publiée en septembre 2005, intitulée « Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent » (36), qui met l'accent sur l'ampleur des répercussions de la grossesse sur le long terme. Dans le cadre de cette expertise, différents événements ont été identifiés, au cours de la période anténatale puis périnatale, comme facteurs susceptibles d'augmenter le risque de survenue ultérieure d'un trouble des conduites. Toutefois, il semble probable que l'influence de ces événements précoces soit peu spécifique et que l'interaction avec d'autres facteurs de risque, tels les facteurs génétiques, détermine le type de trouble.

Il est bien connu que le style de vie maternel, et en particulier l'usage de substances psychoactives au cours de la période sensible qu'est la grossesse, peut affecter durablement le

développement cérébral du fœtus et ainsi influencer à long terme le devenir neuro-comportemental de l'enfant :

- Bon nombre d'études ont rapporté que le **tabagisme** maternel exposait la descendance à un risque accru de développer un trouble des conduites (150, 180, 197, 198). Dans plusieurs études longitudinales (131, 149), le tabagisme maternel est très significativement associé à l'apparition du trouble des conduites à l'adolescence, principalement chez les garçons.
- S'agissant de la consommation d'**alcool**, les manifestations les plus invalidantes se traduisent, pour des consommations maternelles très élevées, par la constitution d'un « syndrome d'alcoolisation fœtale » à l'origine d'anomalies physiques et de troubles neurologiques (171, 187, 189, 191). Et il est maintenant reconnu qu'une exposition prénatale même « modérée » à l'alcool peut engendrer des effets néfastes sur le développement cognitif et comportemental de l'enfant. Une campagne nationale est actuellement en cours pour proscrire toute consommation d'alcool pendant la grossesse.
- La consommation de **cannabis** au cours de la grossesse a été associée, dans des études longitudinales (154, 155, 167), à des perturbations comportementales chez l'enfant, notamment à une impulsivité accrue et à une diminution des capacités d'attention. Enfin, il a été décrit une augmentation des troubles externalisés, particulièrement chez les garçons dont la mère faisait usage de **cocaïne** pendant sa grossesse (149). Par comparaison à un groupe témoin, ces garçons « exposés » présentaient des scores deux fois plus élevés de comportements agressifs et délinquants.

L'association entre la **jeunesse de la mère** au moment de la grossesse et le risque d'apparition d'un trouble des conduites chez l'enfant est aujourd'hui bien étayée (138, 196) : des auteurs ont montré que la maternité précoce (moins de 20 ans et surtout moins de 18 ans) était directement corrélée avec le nombre de symptômes d'un trouble des conduites chez des garçons âgés de 6 à 13 ans orientés vers un centre de consultation. Les antécédents de trouble des conduites chez la mère sont également en lien avec la précocité de la grossesse et viennent majorer le risque d'un diagnostic de trouble des conduites chez ses enfants (118).

Par ailleurs, la survenue de **complications au moment de la naissance** pourrait être à l'origine de déficits neurologiques, eux-mêmes en lien avec le développement de troubles neuro-comportementaux. Des études réalisées sur de grands échantillons (117, 184) ont permis de montrer l'existence d'une association entre les scores de complications obstétricales et l'apparition de comportements antisociaux chez les enfants et les adolescents. Parmi les différents problèmes pouvant survenir en fin de grossesse et au moment de l'accouchement, les auteurs ont notamment relevé l'importance des troubles émotionnels chez la mère (troubles de

l'humeur, stress, appréhension) et de l'asphyxie intra-partum comme facteur de risque pour le trouble des conduites.

Les enfants dont la mère a souffert d'une **dépression en post-partum** constituent un groupe spécifiquement à risque de troubles des conduites, selon plusieurs études récentes (162, 166) et notamment l'étude prospective de Morrel et Murray, publiée en 2003 et qui portait sur un suivi des enfants de l'âge de deux mois à l'âge de huit ans.

Ces différents facteurs de risque, comme le tabagisme maternel ou les complications à la naissance, mis en évidence par des travaux de bonne qualité méthodologique, semblent toutefois peu spécifiques et leur association avec la psychopathologie ultérieure pourrait aussi faire intervenir d'autres paramètres tels que les perturbations des relations mère-enfant ou de l'environnement familial plus général. De ce fait, toute étude périnatale attentive se doit de travailler sur un domaine large, d'appréhender des éléments qui touchent à divers champs médicaux, et de les prendre en compte dans la durée. En effet, dès lors que l'on considère la naissance comme un processus complexe, son analyse et son suivi requièrent une approche globale, à même de saisir sa nature composite.

1.2- POUR UNE PRISE EN COMPTE DE LA GLOBALITE DU CHAMP PERINATAL

- **Vers une définition large du domaine de la périnatalité**

La périnatalité, au sens strict des obstétriciens, recouvre la période qui va de la vingt-huitième semaine de la grossesse à la première semaine de vie du nourrisson. Mais, pour les professionnels de la très petite enfance, elle désigne une période plus longue, qui démarre dès la conception et couvre les deux premières années du bébé. C'est dans ce sens élargi que nous l'entendrons ici. En outre, par glissement sémantique, le terme en est venu à désigner aussi un champ : celui de l'ensemble des professionnels actifs auprès des parents et du bébé (72).

Selon S. Missonnier, dans son ouvrage *La consultation périnatale thérapeutique* (93), la clinique périnatale se révèle spécifique sur trois points : sa méthodologie, sa cible chronologique et sa transversalité :

- les troubles psychiques de la mère, du père et du nourrisson sont perçus dans le cadre d'un **modèle résolument interactif** ;
- ils sont replacés dans le contexte du **continuum périnatal** : une période comprise entre la conception et, selon les auteurs, les premiers mois de vie ou la fin de la deuxième année du nourrisson.

- cette clinique périnatale est nécessairement **interdisciplinaire** : la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé et les services sociaux constituent les multiples relais d'un réseau dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire.

C'est à cette définition large du champ de la périnatalité que se réfère ce travail de thèse : il convient d'appréhender la naissance sur une période plus longue que ne le font habituellement les obstétriciens, en prenant en compte à la fois le suivi de grossesse et les interactions mère-bébé pendant les premières années de vie de l'enfant ; il faut aussi dépasser le cadre restreint de l'obstétrique, pour rendre pleinement compte du caractère composite de la naissance, qui ne se limite pas au champ médical mais intègre une part émotionnelle et psychique importante. Accorder une large place à la psychiatrie périnatale dans ce travail s'est donc avéré nécessaire.

- **L'importance de la dimension psychique en périnatalité**

La **psychiatrie périnatale**, centrée sur les multiples avatars de la rencontre du « naître humain » et du « devenir parent », concerne tous les professionnels qui sont confrontés à la fréquence des difficultés et des troubles psychologiques durant la période périnatale. Comme l'expliquent P. Mazet et S. Lebovici en avant-propos de l'ouvrage *Psychiatrie périnatale* (90), elle s'appuie à la fois sur une pratique et sur un concept :

- en terme de **pratique**, la psychiatrie périnatale est née de la rencontre des intérêts des professionnels s'occupant des futurs parents, de la future mère en particulier et de sa grossesse, puis de l'accouchement et de la naissance du bébé, enfin du bébé et de ses parents – et ce dans une perspective de santé globale. Elle est donc **multidisciplinaire** et renvoie à un mouvement qui est devenu de plus en plus important ces dernières années grâce à la collaboration des différentes équipes, gynéco-obstétricales, pédiatriques et psychiatriques (comprenant des psychiatres d'adultes comme des pédopsychiatres) ;
- le **concept** de psychiatrie périnatale est fondé sur deux notions : celle de **spécificité** de la pathologie de la période périnatale, d'une part, et celle de **continuité** de la vie psychique au cours de la dite période, d'autre part. Pour les femmes, psychoses du post-partum, dépressions postnatales et troubles anxieux postnataux représentent les expressions les plus fréquentes de cette psychopathologie. Du côté du bébé, la psychiatrie périnatale recouvre tout le champ des perturbations les plus précoces du développement psychique ainsi que celui, plus général, des premiers troubles des relations parents-bébé. La notion de continuité de la vie psychique fait référence à la mise en place des processus de parentalité depuis le projet d'enfant, les transformations

psychologiques de la grossesse et du post-partum jusqu'à l'établissement des premières relations et des premiers liens mère (parents) - enfant.

La dimension psychique associée à la naissance concerne tous les professionnels... mais tous ne sont pas psychiatres ! Que l'on reconnaisse l'importance de cette dimension psychique ne doit pas conduire les gynécologues-obstétriciens à croire ou à redouter qu'on leur demande d'endosser des fonctions qui sont celles des spécialistes de la psychiatrie. En revanche, il leur faut se montrer attentifs à ce qui se joue dans les familles au moment de la naissance, afin d'accompagner cet événement de façon optimale, au plan physiologique comme au plan émotionnel.

- **La fonction de gynécologue-obstétricien : une compétence médicale, doublée d'un souci d'accompagnement en périnatalité**

La première, et incontournable, qualité requise d'un praticien pour assurer une prise en charge optimale, y compris sur le plan psychologique, est la compétence. Pour autant, les gynécologues-obstétriciens ne doivent pas méconnaître l'impact de leurs faits, gestes et paroles. Il suffit pour s'en convaincre d'observer les dégâts causés par une phrase mal à propos, un regard fuyant, une poignée de main non accordée... Y a-t-il un **accompagnement des familles spécifique à la périnatalité** ou celui-ci relève-t-il simplement d'une approche humaniste de la médecine ? Une formation des praticiens à cet accompagnement est-elle importante et possible ?

D. Mahieu-Caputo, gynécologue-obstétricien, s'est penché sur ces questions lors des dernières journées de la Société Française de Médecine Périnatale, dans son intervention intitulée « Quelle formation pour les médecins ? » (213). La clinique du diagnostic prénatal fournit une littérature relativement riche sur l'**impact psychologique des stratégies des obstétriciens**, mais les données objectives, dans le cadre plus large de la périnatalité, sont rares. Cela tient au fait qu'il est bien difficile d'évaluer la qualité d'une relation patient-soignant et son impact sur la famille en devenir, ce qui constitue certainement un gros obstacle à l'appréhension de la dimension psychologique dans l'exercice du gynécologue-obstétricien. Cependant, il ne faudrait pas que cette absence de données scientifiques aille de pair avec une absence de prise en compte du problème. En effet, l'analyse pragmatique des différents cadres cliniques dans lesquels la question de l'accompagnement psychologique peut se poser en périnatalité souligne l'importance du champ qu'il faut couvrir et la diversité des questions posées par la clinique de la périnatalité (physiologie des émotions au cours de la grossesse normale, échecs de procréation, diagnostic prénatal, annonce du handicap...).

Pour que le gynécologue-obstétricien soit le plus apte possible à saisir l'événement que constitue la naissance dans toute sa globalité, et à accompagner le vécu de ces situations difficiles, mais

néanmoins fréquentes, il conviendrait que les médecins, quelle que soit leur orientation par la suite, présentent une **sensibilité aux enjeux psychologiques** en périnatalité : physiologie des affects pendant la grossesse normale, dynamique du deuil, lien mère-bébé... Par ailleurs, lorsque la situation se révèle trop lourde à gérer au plan psychique, il faudrait que les gynécologues-obstétriciens soient soutenus par des psys dans leur questionnement face à des situations cliniques concrètes, (gestion des fausses-couches aux urgences, morts fœtales *in utero*, accouchements prématurés...).

La sensibilité à la dimension psychique et émotionnelle de la naissance ne va pourtant pas de soi, surtout lorsque l'on se trouve déjà largement occupé par la dimension physiologique de celle-ci. Selon D. Mahieu-Caputo (213), l'**apprentissage** de cette approche doit se faire selon deux modalités :

- une modalité **théorique**, intégrée à l'enseignement de la physiologie dans les formations initiales, visant à ce que l'ensemble des sages-femmes et des médecins, quelle que soit leur orientation ultérieure, aient une connaissance minimale de la « physiologie des affects » mobilisés dans le cadre de la reproduction ;
- une modalité **pratique**, tenant au fait que le respect et l'accompagnement d'autrui, notions de base en clinique, sont essentiellement transmises par compagnonnage. Il est essentiel que les praticiens exerçant en CHU aient une totale conscience du rôle majeur qu'ils ont à jouer dans ce cadre. Un guide clinique, reprenant les notions essentielles à respecter, pourrait être d'une grande aide pour les juniors mais aussi pour les seniors, rappelant à chacun l'impact de gestes simples (frapper avant d'entrer dans une chambre, lire les dossiers préalablement, ne pas s'avancer trop avant dans des diagnostics ou explications dans toutes les situations d'incertitude...). La pratique de séminaires multidisciplinaires, réunissant des internes de gynécologie-obstétrique, de psychiatrie et de pédopsychiatrie, peut également s'avérer utile.

Accompagner au mieux les femmes enceintes ou les couples pendant la grossesse est certes essentiel du fait des nombreuses répercussions de cette période sur la vie de l'enfant à naître, mais également parce qu'il s'agit d'un moment clé dans le psychisme maternel.

2- LES PROCESSUS PSYCHIQUES DANS LA PERIODE PERINATALE

Dès le XIX^{ème} siècle, des psychiatres ont étudié les troubles liés à la grossesse et l'accouchement : Esquirol avait publié, en 1838, plusieurs observations de psychoses du post-partum, mais c'est le livre d'un de ses élèves, Marcé, paru en 1858 et intitulé *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*, qui peut être considéré comme le

premier ouvrage de psychiatrie périnatale. Au-delà de ces travaux précurseurs, les processus psychiques à l'œuvre durant la période périnatale ont été observés et analysés essentiellement par des psychanalystes, un siècle plus tard.

2.1 – LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE, PERIODES CLES AU PLAN PSYCHIQUE

La période périnatale est propice à l'apparition mais aussi à la résolution de problèmes psychiques potentiellement pathogènes (68). Du point de vue physiologique, chez la mère, les remaniements psychiques « normaux » de la grossesse, l'émergence du « bébé imaginaire », l'interrogation inquiète sur l'enfant à naître et ses représentations, confrontées aux images échographiques et, à la naissance, au « bébé réel », sous-tendent l'installation de la fonction parentale et l'établissement des liens précoces. Cette période de grande ouverture ou de « perméabilité psychique » permet de réaménager des positions psychiques problématiques en lien avec des conflits anciens que la grossesse réactive, et qui, négligées, peuvent hypothéquer la qualité des liens précoces et le développement ultérieur de l'enfant. Cette accessibilité au soin psychique, spécifique de la période périnatale, est une opportunité formidable qui ne dure que quelques mois. Il convient donc d'accorder une attention ouverte à l'ensemble des femmes dont la grossesse « à bas risque » ne mobilise pas les équipes médicales ou sociales, mais peut révéler des fragilités particulières en lien avec une histoire personnelle ou familiale qu'il est important de recueillir.

- **La transparence psychique des femmes enceintes : un mécanisme sain**

C'est le pédiatre et psychanalyste **D. Winnicott**, qui a observé, dès 1956, l'existence d'un état psychique particulier chez des femmes normales récemment accouchées. Cet état, qu'il appelle « **préoccupation maternelle primaire** », pourrait, en l'absence de l'enfant, être pris pour une authentique pathologie mentale (114). En fait, il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accru pendant la grossesse et spécialement à son terme. Cette « maladie normale » permet à la mère de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec sensibilité et délicatesse, et elle dure quelques semaines après la naissance. Les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises, elles ont tendance à en refouler le souvenir. Il s'agit en effet d'un moment où l'enfant, présent et absent, est pour la future mère un objet actuel représentable uniquement par des éléments du passé. La transparence psychique des femmes enceintes se traduit cliniquement par la corrélation presque évidente qu'elles établissent entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles dont elles sont envahies. Cet aspect particulier de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de grossesse. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé. Ainsi des reviviscences mnésiques et des fantasmes régressifs affluent de l'inconscient sans rencontrer la barrière habituelle du refoulement.

D'autres psychanalystes ont observé, en écoutant des femmes enceintes, que la période de grossesse est une occasion privilégiée pour accéder au monde fantasmatique et aux souvenirs enfouis. **E. Bribing**, dans les années 60, avait déjà remarqué cette tendance des femmes enceintes à parler librement de leurs fantasmes, au point d'être tenté pendant un certain temps de les considérer comme des personnalités limites. Dans les années 1980, **T. Brazelton** a lui aussi observé, lors d'entretiens prénataux de nature psychanalytique, des états d'anxiété qui lui ont paru être d'intensité pathologique. Le matériel inconscient obtenu semblait être tellement accessible que les psychanalystes étaient tentés de faire de sombres prédictions sur l'avenir de ces mères. Le suivi de ces jeunes mères a, au contraire, mis en lumière que cette angoisse et ces distorsions imaginaires allaient de pair avec l'état de crise que constitue la grossesse, qu'il s'agissait d'un mécanisme sain conduisant la jeune mère à réaménager un équilibre ancien pour être prête à assumer ses nouvelles tâches.

Au début des années 90, **M. Bydlowski** a décrit cet état psychique particulier dans *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (58, 59, 60). Elle a constaté que, du côté des patientes, femmes enceintes ou récemment accouchées, la grossesse est le moment d'un état de susceptibilité ou de « **transparence psychique** », où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Ce phénomène, qui peut cliniquement caractériser la psychose, se présente chez la femme enceinte comme un événement ordinaire. A l'instar de l'adolescence, la période de la grossesse n'est pas une maladie ; elle est, de façon plus essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise de maturation, qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme une recherche, comme un engagement dans de nouvelles virtualités.

Comme nous venons de le voir, il existe chez les femmes enceintes un état tout à fait particulier de « transparence psychique », qui fait le substrat des incontournables remaniements psychologiques induits par la naissance d'un enfant. Ces remaniements psychologiques vont bouleverser le fonctionnement aussi bien de la mère que du père : ce processus de maturation de la personnalité est désigné par le terme de « parentalité » et plus spécifiquement de « maternalité » pour la mère et de « paternalité » pour le père (85). Les parents vont avoir à cheminer pour faire une place tant physique que psychique à leur bébé et accompagner son développement.

- **Devenir parents : s'engager dans la maternalité et la paternalité (85)**

La **parentalité** peut se définir comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s)

enfant(s) aux trois niveaux que sont le corps (soins nourriciers), la vie affective, la vie psychique. Il s'agit d'un processus maturatif.

La mère s'engage dans la **maternalité** avec sa personnalité, avec son histoire personnelle dans sa profondeur transgénérationnelle, son histoire de couple et en fonction d'événements plus actuels. Elle va puiser dans ses premières relations, dans sa propre enfance. Cet enfant qui se développe dans son ventre, la mère l'a porté depuis longtemps dans sa tête : c'était d'abord l'enfant de l'inconscient, qu'elle a espéré, enfant, de son propre père ; puis c'est l'enfant qu'elle a désiré en tant que femme dans la rencontre avec un homme qui en sera le père ; c'est enfin l'enfant de ses rêveries, l'enfant imaginaire. Le processus de maternalité est un processus continu qui dure toute la vie : chaque nouvel enfant va le raviver, le bouleverser. Cette évolution du lien, cette construction de la fonction parentale dans l'interaction avec l'enfant se retrouvent chez le père.

Du côté de l'homme, le processus de **paternalité** répond à des bouleversements et des phénomènes émotionnels qui ne sont pas moins profonds que chez la femme. Sa vie fantasmatique est très riche pendant la grossesse et les premiers mois ; il « porte » aussi dans sa tête un enfant imaginaire. Selon S. Missonnier (93), le père est désormais décrit comme un homme, à sa façon, psychosomatiquement « enceint ». Son entrée dans la salle d'échographie et d'accouchement symbolise son authentique investissement, même si cette présence est souvent induite par l'attente illusoire d'un partage total avec l'expérience maternelle.

Le père traverse, durant cette période, une phase de réaménagement psychique qui questionne profondément son histoire développementale individuelle et générationnelle. Si le désir de paternité ne peut être considéré comme équivalent à celui de la petite fille, l'homme est, comme la femme, amené à modifier sa place dans le cours des générations ; il devient père comme son propre père et transmet son nom. Les changements dans l'organisation de la vie familiale l'amènent de plus en plus à prendre part aux soins du bébé (paternage). La paternalité se différencie de la paternité, fonction qui garantit l'exercice de la parenté et rend compte des filiations.

Le père a donc une place tout à fait particulière qui est mieux reconnue actuellement, avec notamment l'instauration, en France, des congés de paternité. Au niveau international, l'OMS recommande que les pères soient reconnus comme des partenaires à part entière et non comme simples compagnons ou soutiens pour la femme enceinte. Nous verrons, tout au long de ce travail, qu'une grande place est accordée à la femme enceinte, mais aussi au couple.

- **La période périnatale : un moment privilégié d'accessibilité au soin psychique**

La paternité, la maternité, la parentalité sont encore trop souvent envisagés comme des états, des positions, des faits en eux-mêmes (72). Or, l'expérience des professionnels de la périnatalité incite à les envisager comme des processus complexes, dont la temporalité est marquée par des moments déterminants. En effet, l'événement de la naissance du bébé vient actualiser chez la mère, et d'une manière différente chez le père, les **mouvements narcissiques et œdipiens** qui l'ont précédé dans l'histoire de chacun de ses parents. Présents autour de la grossesse, de la naissance et des premiers mois, avec leur savoir-faire technique mais aussi leurs expériences, les différents professionnels (sages-femmes, puéricultrices, infirmiers, pédiatres, obstétriciens, psy...) sont confrontés à un bouleversement psychique : la « naissance » d'une mère, la « naissance » d'un père. Ce moment où l'enfant vient inscrire sa trace dans les signifiants de ses parents est parfois lourd de menace mais toujours riche d'opportunités de changement. L'intervention des professionnels dans cette période périnatale est particulièrement délicate mais aussi virtuellement très féconde : elle peut avoir une dimension préventive pour le bébé et mutative, voire reconstructrice, pour la mère et le père, à condition toutefois que les soignants aient à l'esprit cette transformation d'un homme en homme et père, d'une femme en femme et mère.

Cela est fréquemment observé par les psychanalystes qui suivent des femmes enceintes. Mais il faut souligner qu'au cours des entretiens, de façon surprenante, l'enfant à venir n'est pas le thème le plus fréquemment abordé, alors qu'il est socialement considéré comme le sujet principal de la grossesse. En effet, dans presque tous les cas, le discours spontané de la patiente est nostalgique et centré sur l'enfant qu'elle a été autrefois. Les représentations de l'enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, parfois nulle, si on ne les sollicite pas. Et l'enfant imaginaire, précurseur supposé de l'enfant réel, est peu présent. Dans cette situation de gestation et de transparence psychique, l'originalité des **entretiens psychanalytiques** vient de la prise en compte de la personne qu'est la patiente à ce moment où l'ensemble du milieu, médical et familial, accorde prioritairement son intérêt au bébé. Les thématiques psychiques étrangères à cette invasion narcissique sont désinvesties ; elles sont désancrées, libérées du contre-investissement qui les maintenait au secret. Aussi sont-elles livrées sans retenue dans le discours spontané de la femme enceinte. Ce mouvement libidinal de désinvestissement des thèmes qui ne concernent pas la nouvelle condition psychique facilite l'émergence des fantasmes et des remémorations. En dehors de la grossesse, ces mêmes thèmes d'oralité, d'analité, ces mêmes souvenirs d'abus sexuels ou de deuil seraient soumis à la censure ou au refoulement. Toutes ces questions autrefois secrètement investies sont maintenant dévaluées ; elles perdent la charge érotique qui les vouait au silence. Et l'on voit d'anciennes histoires oubliées et des fantasmes sexuels cachés être communiqués sans gêne, comme si, par rapport à cet événement qu'est la grossesse, plus rien de tout cela n'avait d'importance.

Le psychanalyste pense ainsi permettre à la femme, en dépit du brouhaha social, d'entendre l'écho de sa voix personnelle, l'écho de son narcissisme. Il suffit parfois de restaurer l'enfant qu'elle a été pour la conforter sur celui qu'elle porte, ou bien d'exhumer un conflit ancien auquel la transparence psychique confère une nouvelle actualité pour le dédramatiser à peu de frais. M. Bydlowski pense ainsi expliquer la problématique psychique de femmes enceintes normales que l'on pourrait inscrire au registre de la psychopathologie. L'intensité de la résurgence de certains fantasmes régressifs, de représentations mentales, de même que l'afflux de remémorations infantiles exprimées sur un mode nostalgique contrastent avec l'absence d'un discours raisonnable sur la réalité du fœtus qui, lui, incarne la grossesse pour l'observateur extérieur.

La gestation est donc ce moment privilégié au cours duquel peut s'opérer une forme d'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le narcissisme maternel. Cette prise en charge est cadrée sur le temps de la grossesse, celui de la transparence psychique, quitte à ce qu'un autre travail commence ultérieurement. Les entretiens favoriseront le repérage ainsi que le dévoilement de représentations et de remémorations ordinairement refoulées mais dont on sait aujourd'hui combien elles risquent de peser sur l'enfant qui grandit, la naissance leur donnant une matérialité. En s'adressant au narcissisme de la mère, il suffit parfois, pour réhabiliter l'enfant qu'elle porte, de restaurer celui qu'elle a été. A être partagé avec le thérapeute, tel souvenir fort, tel fantasme envahissant perdra sa charge émotionnelle, autorisant, favorisant ainsi une plus grande disponibilité envers l'enfant.

Comme l'explique S. Missonnier (93), au terme de cette période de maturation qu'est la grossesse, durant laquelle la femme, devenant mère, commence à créer des liens avec son futur bébé, la naissance, en tant que passage d'un état à un autre, est une modification radicale, un bouleversement ; mais elle n'est en même temps que la révélation d'une vie déjà en cours, tant pour la mère et l'enfant que pour le père et la famille. Pour le bébé, ce temps de la naissance et les mois qui vont suivre sont une période cruciale, dans laquelle il a besoin, pour se développer physiquement et psychiquement, de relations affectives stables tout autant que de nourriture.

2.2 – LA QUALITE DE L'ATTACHEMENT, REFLET DES INTERACTIONS PARENTS-ENFANT

La théorie de l'attachement a mis en lumière le rôle fondamental, pour le développement du bébé, de la présence à ses côtés d'un adulte, figure d'attachement stable qui permet à l'enfant de grandir dans un cadre sécurisant. Le rapport de la Mission sur la famille et les droits des enfants (29) souligne cette composante essentielle et en propose une présentation simplifiée.

Description

Les **processus d'attachement** sont une des composantes du lien précoce mère-bébé, les autres étant les sentiments d'amour et d'ambivalence, les processus de différenciation progressive (l'acquisition du sens de l'identité), etc., chacun de ces processus pouvant avoir une influence sur les autres. La partie du lien qui concerne l'attachement porte sur la constitution du sentiment de sécurité.

Pour se développer normalement, un enfant a dès ses premiers mois un besoin vital, au niveau psychique, d'établir un lien sélectif avec un adulte figure d'attachement stable, fiable, prévisible, accessible, capable de comprendre ses besoins et d'apaiser ses tensions, et qui lui permette de se sentir en sécurité. Une figure d'attachement « sécuritaire » est un adulte qui répond au besoin de proximité de l'enfant chaque fois qu'il est en situation de détresse, de grande inquiétude, et qui lui procure alors le réconfort nécessaire. Une telle relation se manifeste par la notion de « base de sécurité », autorise l'enfant à prendre de la distance sans inquiétude ; par la notion de comportement de refuge (retour vers la figure d'attachement quand le sujet perçoit une menace) ; et par des réactions marquées vis-à-vis de la séparation involontaire d'avec cette figure d'attachement. Lorsque l'enfant a intériorisé, entre l'âge de 6 et 9 mois, une image maternelle sécurisante, il développe un sentiment de confiance en lui et dans les autres qui lui permet de s'éloigner pour explorer le monde. Un adulte peut permettre à un enfant d'éprouver ce sentiment de sécurité sans être forcément son parent biologique. Par ailleurs, on sait que les parents ont constitué bien avant la grossesse les modalités d'attachement qu'ils proposent, en fonction des images le plus souvent inconscientes qu'ils ont de leurs propres parents.

La **théorie de l'attachement** apparaît, pour N. et A. Guedeney (83), comme le concept clef de la deuxième moitié du XX^e siècle, en psychopathologie et en psychologie. J. Bowlby l'a construite à partir du travail qu'il a mené sur la carence maternelle, dans le contexte des préoccupations de l'après-guerre. Le concept est donc né dans la violence des séparations et des carences précoces, au croisement des apports de la psychanalyse, de l'éthologie, des sciences cognitives, de l'informatique et de la cybernétique d'une part, et des apports de l'observation, de la reconstruction et de la mise en récit d'autre part. Peu de théories ont eu un tel impact et une telle capacité à stimuler la recherche, une telle valeur prédictive sur des aspects majeurs du comportement social et relationnel de l'enfant, une telle puissance d'explication des phénomènes de transmission entre générations, et une telle capacité à remodeler la conception de la psychopathologie. Par la suite, les successeurs de J. Bowlby, notamment M. Ainsworth, ont cherché à démontrer l'effet des soins parentaux sur la qualité de la relation d'attachement du bébé à son parent.

J. Bowlby a fait l'hypothèse qu'un état d'alarme, dû à l'imminence d'un danger ou à la menace d'une séparation, induirait chez l'enfant une recherche de réconfort auprès d'une figure de son entourage familial. Si une telle figure est disponible et si elle répond à ses attentes, le « système d'attachement » de l'enfant se « désactive » progressivement, permettant, en retour, la réactivation de conduites exploratoires. Les comportements d'attachement seraient ainsi caractérisés par une **double fonction adaptative** : d'une part la recherche de protection ; d'autre part - et c'est un point important de la théorie - l'ouverture au monde et la socialisation. C'est M. Ainsworth qui va systématiser l'observation de ce jeu de balancier entre comportements d'attachement et exploration et, du même coup, populariser le concept d'attachement dans la psychologie du développement.

- **La « situation étrange », occasion d'observer différents types d'attachement**

Afin d'observer le phénomène de va et vient entre attachement et exploration, M. Ainsworth a mis au point la procédure de la « situation étrange » : celle-ci se déroule en laboratoire, en présence de l'un des parents (père ou mère), et consiste en un scénario fait de séparations et de retrouvailles. Le but du dispositif est d'activer expérimentalement les comportements d'attachement de l'enfant (typiquement âgé de douze mois) au moyen d'un léger stress, induit par une brève séparation d'avec le parent ainsi que par la présence dans la pièce d'une personne non familière. Selon la théorie, on peut s'attendre à ce que, au retour du parent, après quelques minutes de séparation, l'enfant vienne chercher un réconfort auprès de celui-ci, puis reparte explorer la pièce et les jouets qui y sont disposés.

En fait, M. Ainsworth (49) a décelé très finement l'existence de trois types de comportements caractéristiques, au moment de la réunion. Ces **types d'attachement** seraient l'expression de la qualité relationnelle de l'enfant avec sa figure parentale, ainsi que sa façon de gérer le stress :

- **l'enfant « insécurisé-évitant »** feint de ne pas avoir besoin de réconfort et même de n'être pas affecté par le départ du parent. Il donne ainsi une impression d'indépendance, explorant le nouvel environnement sans utiliser le parent comme « base sécurisante » et sans même s'assurer de sa présence ; il ignore ou évite le parent à son retour. Des études ultérieures utilisant des capteurs physiologiques ont montré que l'enfant « évitant », même s'il ne le montre pas, éprouve bel et bien un stress au cours de cette situation. Ce résultat renforce l'hypothèse selon laquelle l'enfant de cette catégorie, pour quelque raison, est incapable d'utiliser son parent comme source de réconfort ;
- **l'enfant « sécurisé »** tend à protester lors de la séparation mais accueille le parent à son retour avec une expression de soulagement, assortie d'une recherche de proximité (tendre les bras pour être pris, moucher son corps contre celui de l'adulte) ou d'un simple contact visuel, voire verbal. Ce contact lui permettra ensuite de repartir en exploration ;

- **l'enfant « insécurisé-ambivalent »** se montre passablement perturbé par la situation ; anxieux et parfois agité lors de la séparation, il va chercher le réconfort lors de la réunion, mais de façon ambivalente : il peut sembler désirer le contact, il s'accroche même au parent, mais pour s'en défaire immédiatement après, dans un mouvement de colère, il refuse alors d'être consolé ou il s'abandonne dans une détresse passive. Son attitude a indéniablement une tonalité immature ou encore évoque la dépendance émotionnelle ;
- dans les années quatre-vingts, certains auteurs ont proposé une quatrième catégorie : **l'enfant « insécurisé-désorganisé ou désorienté »**. L'enfant peut par exemple se figer lors des retrouvailles, dans une posture évoquant l'appréhension ou la confusion. Plutôt que d'être alarmé par la situation, comme c'est souvent le cas chez les autres, l'enfant désorganisé se comporte comme s'il était alarmé par le parent lui-même. Les comportements désorganisés n'apparaissent généralement qu'en présence de l'un des deux parents. Il s'est avéré que la présence de cette sorte de comportement était fréquemment associée à une problématique d'abus ou de traumatisme, chez l'enfant et parfois chez le parent lui-même.

Un certain nombre d'études ont mis en évidence un lien entre les **attitudes parentales** et la réaction de l'enfant lors de la « situation étrange ». La sécurité de l'attachement serait favorisée par la présence, au cours de la première année de vie, de comportements parentaux sensibles, prévisibles et ajustés à l'enfant, alors que l'insécurité serait associée à une certaine pauvreté des réponses parentales aux demandes de l'enfant, à des attitudes trop envahissantes ou encore à des réactions imprévisibles. On admet généralement que ces catégories de comportement restent relativement stables tout au long de la seconde année de vie, voire tout au long de l'enfance. Il faut préciser que l'enfant peut se montrer sécurisé quand il est avec son père et insécurisé quand il est avec sa mère, par exemple. Les comportements de l'enfant dans la « situation étrange » traduiraient ainsi la qualité d'une relation particulière et non pas une « caractéristique » de l'enfant lui-même.

- **La constitution du « self » et des premiers liens, miroir des interactions précoces**

Les travaux de J. Bowlby et ceux de M. Ainsworth, qui ont beaucoup aidé à opérationnaliser la théorie de l'attachement, ont fait mieux comprendre l'**importance du sentiment de sécurité** qui se développe chez le nourrisson à mesure qu'il perçoit que quelqu'un est toujours là pour répondre à ses besoins primaires, que quelqu'un suit ses propres régularités et ses propres rythmes et qu'il peut s'appuyer sur cette prévisibilité. C'est à travers la sensibilité maternelle aux rythmes quotidiens de l'alimentation, du sommeil et de l'éveil, et de toutes les stimulations qui s'y déroulent, que se construit cette sécurité et que se construit en même temps le « self », ce noyau d'individualité dont la qualité semble être en étroite corrélation avec la continuité, la régularité et la disponibilité émotionnelle des figures significatives qui l'entourent, l'organisent et le structurent.

Les travaux de D. Stern, au milieu des années 1980, sont centrés sur le **développement du self** (110). Il affirme que l'enfant a une existence spécifique précoce, qui se construit en relation avec l'autre. En ce sens, il rejoint J. Bowlby dans ce concept de l'enfant comme « être fondamentalement social », qui se crée un monde représentationnel à travers ses interactions constantes avec son environnement humain. D. Stern élabore une conceptualisation nouvelle du développement du monde représentationnel de l'enfant, fondé sur la répétition des interactions qui implique nécessairement que « l'autre » soit une présence continue, constante, pour devenir de plus en plus significative, source de sécurité et acteur essentiel dans le développement du self de l'enfant. La dynamique essentielle du développement n'est donc pas seulement l'individuation, mais la réalisation de l'individuation à travers la relation avec l'autre. La représentation se développe chez l'enfant à travers cette répétition d'interactions.

T. Brazelton, pédiatre et psychanalyste a également beaucoup contribué, par ses écrits et dans des films, à faire comprendre les interactions entre l'enfant, sa mère et son père (54). En 1984, il a construit son « **échelle d'évaluation des conduites néonatales** », qui met en évidence les compétences du nouveau-né, et le rôle joué par celles-ci dans la mise en place d'interactions de qualité entre l'enfant, sa mère et son père. Ce faisant, il a prouvé aux parents que le nourrisson, en dépit de sa fragilité, était déjà très organisé pour la communication. Dans leur ouvrage commun, T. Brazelton et B. Cramer (1991) (56) ont démontré que c'est dans ces interactions que se développent les premiers liens.

Les recherches sur des enfants normaux et sur des enfants présentant des problèmes cliniques ont montré que la qualité de l'**attachement** entre l'enfant et sa mère, observable grâce à l'expérience de la « situation étrange », est étroitement liée à la nature et à la qualité de l'**interaction** qui s'est développée tout au cours de la première année de vie de l'enfant. C'est ainsi que l'on a décrit les enfants « sécures », « insécures » et parmi ceux-ci, les « évitants » et les « résistants », selon les comportements spécifiques qu'ils utilisent pour aménager l'angoisse produite par les séparations vécues au cours de cette expérience. Il est maintenant accepté que cette interaction, intime et essentielle, ne s'établit pas seulement avec la mère, mais qu'elle peut aussi s'établir avec le père ou avec toute autre figure significative qui s'occupe régulièrement de l'enfant. De plus, il semble y avoir un lien étroit entre le sentiment de sécurité développé chez l'enfant d'un an et sa capacité à s'éloigner graduellement de sa mère tout au long de la deuxième et de la troisième année. Tout se passe comme si cette sécurité, cette confiance intériorisée lui permettait d'explorer le monde extérieur avec plaisir, même en l'absence de la mère. Plusieurs travaux mettent en évidence une corrélation entre cette relation sécurisante à un an et l'adaptation de l'enfant en classe maternelle à quatre ans et demi et cinq ans.

- **Les différents niveaux d'interaction parents-enfant**

Analysant les interactions mère-enfant, dans leur ouvrage *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin* (85), M. Lamour, et M. Barraco différencient trois niveaux, dans une démarche qui va de l'observable au fonctionnement préconscient et inconscient, en passant par le registre de l'affect. Ces trois types d'interactions, qui sont toujours étroitement articulés, sont :

- les interactions comportementales,
- les interactions affectives,
- les interactions fantasmatiques.

Les **interactions comportementales** correspondent à la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Lorsqu'on regarde avec attention mère et bébé interagir, on est frappé par la richesse, la complexité des modalités d'échange tant corporelles que visuelles et vocales. Mère et bébé dialoguent aussi avec leurs yeux. De nombreuses observations ont souligné l'importance de la mutualité du regard entre une mère et un bébé. D. Winnicott évoquait le rôle du miroir que jouait la mère pour son bébé : le regard mutuel, en permettant l'intégration en un même lieu, le visage de la mère, d'états affectifs différents du bébé, va favoriser la constitution d'une image de soi du nourrisson, distincte et différenciée de celle de sa mère.

Dès les premières heures, mère et bébé s'engagent dans l'échange langagier. Le bébé, par ses cris, ses pleurs puis, plus tard, par des vocalises variées, communique à sa mère ce qu'il ressent. La mère ne s'y trompe pas et l'anticipe déjà comme sujet parlant, comme le suggère l'importance des pauses et des formes interrogatives, lorsqu'elle s'adresse à lui. Elle sait aussi s'adapter à la sensibilité acoustique particulière de son bébé dans les premières semaines, en donnant à sa voix un timbre plus aigu, en utilisant des fréquences prosodiques spécifiques, donnant parfois le sentiment qu'elle chante plus qu'elle ne parle.

A la charnière des interactions comportementales et des interactions affectives prend place le domaine des comportements de tendresse mère-nourrisson : baisers, étreintes, blottissements, tous les types de caresses qui jouent un rôle essentiel dans la genèse de l'attachement entre l'enfant et ses parents. La pauvreté ou la richesse, la qualité des échanges mère-bébé vont se révéler dans les moments de soins qui rythment la journée du bébé et aussi dans les temps de jeux. Suivant la qualité des ajustements entre la mère et son bébé (c'est-à-dire la perception des signaux, leur déchiffrement, l'adéquation de la réponse de chacun des partenaires), on parlera d'interaction harmonieuse ou disharmonieuse.

Les **interactions affectives** correspondent aux influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Mère et bébé vivent dans un « bain d'affects ». Vers l'âge de 6-8

mois, dans le dialogue des émotions, ils vont s'accorder avec précision pour échanger dans l'harmonie. L'harmonisation des affects ou « **accordage affectif** » permet à la mère et au bébé de faire l'expérience d'une communication intersubjective qui donne au bébé le sentiment d'être compris et accompagné dans ses émotions. La mère reproduit la qualité des états affectifs de son bébé sur un autre canal sensori-moteur que celui du bébé : par exemple, à des gestes du bébé vont correspondre des vocalises maternelles dont l'amplitude et la durée suivront celles des mouvements du bébé. L'harmonisation des affects est aussi une étape essentielle vers le langage, puisqu'elle se situe à mi-chemin entre l'imitation pure et la véritable traduction symbolique qui se mettra plus tard en place.

La période entre le septième et le neuvième mois est un temps important où apparaissent puis se déploient des phénomènes de signalement émotionnel, tel l'accordage affectif, mais aussi de la « référence sociale ». C'est un moment clé : les nourrissons commencent à développer un deuxième système d'interprétation qui survient lorsqu'ils découvrent qu'à l'extérieur il y a d'autres psychismes analogues au leur. Le soi et l'autre n'incluent plus seulement une présence physique, une affectivité, une continuité, ils incluent des états mentaux subjectifs. Cela permet d'avoir le sentiment d'une communication intime entre soi et l'autre, de pouvoir partager ses émotions. On entre dans le domaine de l'intersubjectivité.

Les **interactions fantasmatiques** correspondent aux influences réciproques de la vie psychique de la mère et de celle du bébé. On ne peut comprendre les relations précoces qu'en incluant la vie psychique des protagonistes, y compris dans ses couches les plus profondes, c'est-à-dire inconscientes. C'est pourquoi les psychanalystes ont introduit le concept d'interaction fantasmatique. L'interaction fantasmatique va donner sens à l'interaction comportementale, elle est à celle-ci ce qu'est le contenu latent au contenu manifeste du rêve. C'est ici que s'anime l'enfant imaginaire, produit de la « grossesse de la tête » ; c'est là que prendront valeur les projections et les anticipations parentales, projections à prédominances positives ou mortifères selon les cas.

- **Le modèle transactionnel : le bébé comme partenaire**

T. Brazelton, dans *Le bébé : partenaire dans l'interaction* (54), reconnaît le bébé comme un partenaire à part entière de l'interaction, doté de compétences et d'une personnalité. Pour S. Lebovici et S. Stoleru, dans leur ouvrage *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste* (87), cette interaction peut même être qualifiée de « **spirale transactionnelle** ». En effet, le bébé se construit psychiquement dans un système d'interrelation avec ses parents ou substituts parentaux : les parents influencent le développement de certaines compétences, et le bébé, à son tour, du fait de ses compétences, de ses ressources et de ses vulnérabilités influence les soins qu'il reçoit. Il est donc important de penser à la mère, au bébé, mais aussi à leur lien réciproque,

de penser en termes de rencontre entre trois psychismes : celui du bébé naissant, celui de la mère et du père.

Ainsi, loin d'être passif, **le bébé joue un rôle actif** dans l'instauration et le maintien des modes interactifs par les caractéristiques propres à sa naissance et à son jeune âge : il influe sur les échanges avec sa mère par la particularité de son fonctionnement dans les premiers mois, qui en fait d'abord pour la mère un étranger. Etranger qui ne parle pas, mais dont les pleurs, le regard, les comportements interrogent et vont peu à peu prendre sens. C'est par son corps et sa riche sensorialité que le nourrisson communique avec sa mère avant la mise en place de mécanismes plus complexes au niveau de son comportement psychique. Ainsi, dès les premières heures, le nouveau-né suit des yeux le visage de sa mère, prend plaisir à des jeux de bouche ou en tirant la langue comme elle. Il montre aussi combien elle est unique pour lui, en marquant une préférence pour sa voix et en reconnaissant dès les premiers jours son odeur. Cependant, un tout petit bébé n'est pas toujours prêt à communiquer avec son environnement. C'est lorsque ses besoins sont satisfaits, qu'il est calme, attentif, « éveillé », qu'il prend plaisir à l'échange. Soutenu par une mère sensible à son état d'éveil et à ses besoins de régulation face aux stimuli externes, le bébé va progressivement augmenter la durée de cet état, le plus propice à l'interaction avec ses différents partenaires.

Pourtant, **tous les bébés ne se ressemblent pas** : chacun a sa personnalité, son tempérament, certains sont faciles, d'autres difficiles ou irritables. Le bébé de moins d'un mois initie quatre fois sur cinq l'échange et il l'initie la plupart du temps par des pleurs. On comprend pourquoi des différences au niveau de l'aptitude à se laisser apaiser, de la capacité à utiliser des conduites d'auto-réconfort et des quantités de pleurs ont un impact important sur les interactions. Ainsi, un bébé pleurant fréquemment amorce des interactions beaucoup plus fréquentes avec sa mère qu'un enfant plus placide. A un bébé très irritable qui ne peut être apaisé, une mère réagit d'abord par un mouvement répressif, puis elle éprouve un sentiment d'impuissance ; dans certains cas, elle ira jusqu'au rejet du bébé. Les caractéristiques du bébé agissent sur le sentiment de compétence maternelle pour le museler ou l'épanouir. Si les caractéristiques individuelles de l'enfant ont tant d'impact sur le maternage et le paternage qu'il reçoit, c'est bien parce qu'elles sollicitent la mère et le père au niveau de leur vie fantasmatique, par le canal des interactions comportementales.

La conception de la relation mère-nourrisson s'est modifiée (85) : on est passé de la théorie de la mère « toute puissante », organisatrice de l'interaction, à la reconnaissance du rôle de bébé comme partenaire actif. La modélisation de la relation sur le mode d'une causalité linéaire ou d'une addition de facteurs maternels et de facteurs liés au nourrisson a cédé la place à la théorie transactionnelle : l'environnement (la mère mais aussi le père) et le nourrisson s'influencent réciproquement dans un processus continu de développement et de changement. L'interaction

parents-nourrisson apparaît comme un **processus dynamique d'adaptation mutuelle** qui se déroule dans le temps. A chaque étape du développement du nourrisson correspondent un stade de la parentalité et une nouvelle configuration de l'interaction. Mais le premier développement est très rapide : le bébé franchit un grand nombre d'étapes en très peu de temps. Une mère ou un père vulnérable peut se désorganiser à certaines étapes et la dynamique de développement de l'enfant peut ainsi être à l'origine de certaines décompensations parentales.

Si on leur applique ce modèle transactionnel, les perturbations des relations parents-nourrisson apparaissent comme la conséquence d'une adaptation mutuelle problématique. Il n'y aurait pas de bons ou de mauvais parents dans l'absolu, pas plus que de bons ou de mauvais bébés. Les facteurs de risques au niveau de l'interaction, qu'ils soient le fait des parents (par exemple leur psychopathologie) et/ou de l'enfant (par exemple, en cas de prématurité ou de malformation) ont un impact très différent sur les familles : c'est la rencontre des partenaires qui leur donnera tout leur poids dans le système familial qu'ils vont créer. Quand l'adaptation mutuelle est difficile, parents et nourrisson s'engagent dans une spirale transactionnelle néfaste où prédominent les modes interactifs inadéquats, qui ont la signification de mécanismes adaptatifs développés par chacun des partenaires pour mieux s'ajuster à l'autre et, dans les cas les plus graves, pour tenter de rendre tolérable l'intolérable.

- **Les phénomènes de transmission intergénérationnelle**

S. Fraiberg, dans ses psychothérapies mère-enfant, a mis en lumière combien les expériences traumatisantes de l'enfance de la mère influençaient profondément la manière dont elle pouvait prendre soin de son enfant dans les semaines qui suivent la naissance (105). Ces travaux confirment le concept de transmission intergénérationnelle que J. Bowlby avait suggéré dès 1969 et que S. Lebovici a beaucoup développé depuis la fin des années 80, à savoir que durant les deux premières années de vie d'un enfant, ses parents lui transmettent, à partir de leurs propres modèles internes d'attachement, cette sécurité de base ou cette insécurité, qui se manifeste dans les défenses précoces que l'enfant développe en situation de stress ou d'insatisfaction régulière de ses besoins.

Il ne faut pas déduire de ces travaux le concept d'une transmission automatique qui serait l'équivalent d'une transmission génétique. Ils confirment plutôt l'idée que les capacités à prendre soin d'un enfant se construisent à l'image de ce que les parents ont reçu pendant leur enfance et qu'il y a danger d'une inhibition des compétences du « prendre soin » chez des femmes qui ont peu reçu ou chez qui le reçu a été trop marqué d'ambivalence ou de blessures, ce qui est fréquemment observé en pratique clinique. Mais ces travaux montrent aussi que certaines femmes traumatisées dans leur enfance peuvent développer des moyens de briser le cercle et de ne pas répéter leur propre carence.

La période périnatale est une phase de crise somatopsychique. Dans ce cadre, pour S. Missonnier (93), la **problématique de la séparation** est inhérente au segment périnatal du processus de parentalité. Elle correspond à la séparation des corps entre la mère et le bébé et à la séparation entre la psyché parentale et celle du bébé. Mais elle est aussi simultanément une réactivation de tous les conflits de séparation qui ont émaillé les grandes étapes développementales parentales. Le processus de parentalité anténatale s'organise autour de l'anticipation comportementale, émotionnelle et fantasmatique de cette séparation de la naissance, du paradoxe de l'altérité radicale du nouveau-né et de sa dépendance primaire à l'égard des parents. Dans ce contexte, l'histoire individuelle et intergénérationnelle de chacun des parents, l'histoire de leur conjugalité viennent donner à l'anticipation périnatale individuelle et conjugale un profil singulier.

Il faut se méfier d'une transmission intergénérationnelle rigide privant le sujet (parents et enfant) de libre arbitre et le condamnant à une répétition et au fatalisme. Heureusement, comme le dit B. Pierrehumbert (105), ce n'est manifestement pas le cas : « si les faits concourent à montrer la force de l'effet transgénérationnel, il faut préciser qu'il n'y a sans doute pas une détermination simple et univoque des modèles d'attachement parentaux sur les modèles de leurs enfants ; il y aurait au cours de la vie - heureusement - une possibilité de réélaboration mentale de ces modèles relationnels. Ceci d'autant plus que l'enfant peut avoir une expérience très différente avec chacun de ses parents. » En outre, « il n'est pas certain que l'on puisse isoler, chez un parent, un seul et unique modèle d'attachement spécifique pour chacun de ses enfants ».

3 – LES PERTURBATIONS DES RELATIONS PARENT- NOURRISSON

La création d'une famille et la venue d'un enfant sont des moments de transformation. Cette période est féconde de création et de nouveauté, mais elle est aussi fragile. Pour E. Darchis (67), elle s'accompagne, comme tous les grands changements, de sensations de grands dangers. Heureusement, chacun sait, en général, faire face à ces changements, à cette réorganisation nécessaire. Mais parfois, certains sujets, certains couples, voire certaines familles, ont besoin de soutien, d'étayage, d'accompagnement, pour traverser ces remaniements nécessaires qui les préparent à être des parents pouvant accompagner la naissance physique mais aussi psychique de leur enfant.

3.1 – LES BEBES EXPOSES AUX DEFAILLANCES PARENTALES

Les bébés peuvent être exposés à diverses défaillances parentales : troubles psychiques chez la mère ou les deux parents (psychose, dépression du post-partum, anorexie mentale, immaturité chez les parents adolescents...), problèmes médicaux (handicaps, maladies chroniques, addictions, alcoolisme...), ou encore difficultés sociales (précarité, toxicomanie...). Mais on voit que si ces défaillances sont séparées en trois catégories : médicale, sociale et psychologique, cette distinction n'est qu'arbitraire. Chaque catégorie peut en recouper une autre. Ainsi, une mère adolescente peut être en situation de précarité, un couple alcoolique peut souffrir de troubles psychiques, etc. Nous nous intéresserons principalement aux perturbations de bébés exposés à des troubles psychiques chez leurs parents, mais il va sans dire que ces troubles peuvent être associés à d'autres défaillances, médicales ou sociales.

- **Les modifications des interactions mère-bébé**

M. Lamour, M. Barraco, dans leur ouvrage *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin* (85), émettent quelques hypothèses concernant la naissance de la vie psychique et son déploiement dans le cadre de graves perturbations relationnelles liées à une **psychose parentale**.

En ce qui concerne les **interactions comportementales**, on peut relever :

- une **discontinuité des interactions précoces mère - nourrisson**. Chez le nourrisson de mère psychotique, la fréquence et l'importance des changements de l'environnement auxquels il est exposé, tout particulièrement les transformations brutales tant sur le plan physique qu'affectif de sa propre mère, font obstacle à la mise en jeu de la mémoire et à la construction d'invariants. La perception de sa propre invariance, c'est-à-dire la permanence de soi, si importante pour la constitution du sentiment continu d'existence, le « self », semble limitée. L'enfant en est fragilisé, il reste très dépendant du contexte, il s'y « agrippe » ;
- une **instabilité des rythmes de comportement dans l'interaction**, tant au niveau des macrorhythmes (qui portent sur des situations de soins - alimentation, change, sommeil, bain) que des microrhythmes (qui se réfèrent aux situations telles que les interactions ludiques, comme les jeux de chatouilles). L'impossibilité pour certaines mères psychotiques de mettre en place des rythmes ajustés aux besoins du bébé va mettre en difficulté le bébé dans l'émergence des « protopensées » (pensées sur une succession, pensées du type « après ça, il y aura autre chose »). Le bébé n'a pas de portée pour organiser ses premières expériences, les ancrer temporellement ;

- une **hyperadaptation du nourrisson à sa mère**. Les fluctuations des rythmes des repas et du sommeil du bébé paraissent régies par les besoins de la mère et non pas ceux de l'enfant, qui s'adapte sans protester. Une analyse systématisée des interactions comportementales des nourrissons avec leurs mères psychotiques met en évidence l'association de comportements « contingents » (les réponses du nourrisson aux signaux de sa mère sont adéquates) chez l'enfant à des comportements maternels « non contingents » ou « anticontingents » (les réponses de la mère aux signaux de l'enfant sont inadéquates, voire à l'opposé de l'attente de l'enfant). Les nourrissons apparaissent alors à l'observateur comme trop complaisants à se mouler au fonctionnement maternel. La dynamique interactive est caractérisée par « **l'inversion des ajustements** ». Le succès de ses comportements « autodirigés » pour réduire l'intensité de ses affects négatifs peut avoir des effets structuraux : d'une part, ces comportements vont dominer son style d'interaction avec sa mère, mais aussi avec ses autres partenaires ; d'autre part, le nourrisson va développer une représentation de lui-même comme inactif sur l'environnement, ses comportements n'ayant pas le pouvoir de réguler l'interaction, et de la mère comme une personne sur laquelle il ne peut pas compter. Il n'acquiert pas le sentiment d'être compétent. Cette hyperadaptation se révèle être une arme à double tranchant. C'est, d'une part, un système régulateur de l'équilibre dyadique : il y a valeur protectrice pour les deux partenaires, puisque le nourrisson, en respectant le seuil de tolérance de sa mère à ses manifestations, la désorganise moins et donc s'expose moins. Mais c'est aussi, d'autre part, une organisation défensive qui risque d'aller à l'encontre des processus de maturation de l'enfant. Une grande partie de son énergie psychique est investie dans la surveillance de cet environnement qu'il ne peut pas contrôler, comme si le nourrisson était en permanence en état d'alerte.

Au niveau des **interactions affectives**, l'accordage affectif est rare entre une mère psychotique et son bébé : celui-ci ne fait pas l'expérience de cette communication intersubjective qui donne aux deux partenaires le sentiment d'une intimité profonde et fait que le bébé se sent compris et accompagné dans ses émotions.

Enfin, l'introduction des **interactions fantasmatiques** charge de sens les interactions comportementales qui en sont, en partie, l'expression. A l'inverse, les interactions comportementales vont aussi susciter un certain type de fantasmes et d'affects : si les caractéristiques individuelles de l'enfant, ses comportements, la moindre de ses manifestations ont tant d'impact sur le maternage qu'il reçoit, c'est bien parce qu'ils sollicitent la mère au niveau de sa vie fantasmatique, par le canal des interactions comportementales. Si le soignant s'identifie avec empathie à l'enfant, il subit, dans l'interaction proche avec la mère, un véritable « bombardement » par les fantasmes maternels. Les fantasmes viennent en retour opacifier la perception de l'enfant réel, les représentations maternelles apparaissant toujours très loin de ce

que vit le bébé. Ainsi, l'enfant est maintenu à un haut niveau d'excitation psychique qui envahit et attaque ses processus de pensée.

- **Mères psychotiques et bébés autorégulés : une dynamique interactive**

Dans le cas des mères psychotiques et de leur bébé, le contraste est grand entre la captation exercée par la « folie » de la mère et la discrétion des manifestations de l'enfant : celles-ci passent inaperçues, ou risquent d'être banalisées (85). De fait, c'est l'observation par un tiers du fonctionnement du bébé et de ses interactions avec sa mère qui met en évidence cette **sémiologie interactive**. Les mères, dans l'incapacité de percevoir leur enfant comme une autre personne, le confondent avec elles-mêmes. Le contact avec leur bébé réactive des émotions archaïques intolérables. Pour s'en défendre, elles peuvent frapper du sceau du délire les manifestations du bébé ou mettre, dans la réalité, le bébé à distance, en s'absentant, en l'oubliant. Ces attitudes, interprétées le plus souvent comme de la négligence, sont en réalité des tentatives de protection de leur enfant contre leur propre violence et d'elles-mêmes contre la désorganisation psychique qui les menace. Il n'en reste pas moins qu'elles font courir des risques graves au bébé.

Les nourrissons s'adaptent à la pathologie maternelle. Bébés calmes, peu exigeants, ils semblent dormir ou téter au rythme de leur mère. Ils ne crient pas, ne pleurent pas, comme s'ils ne voulaient pas déranger leur mère, ne pas se mettre en situation d'être rejetés, maltraités. Cet **ajustement au fonctionnement maternel**, ils le font en hypertrophiant leurs capacités d'autorégulation et en instaurant un mode relationnel où l'apparente passivité s'associe à une hypersensibilité, à une hypervigilance aux moindres manifestations de leur mère. C'est ainsi que se construit cette hypermaturité qui donne l'impression d'une relation inversée, où le nourrisson « prend soin » de sa mère. L'enfant a intégré un mode relationnel où l'adulte s'avère tout puissant ; il a appris à s'ajuster aux besoins de celui-ci. Enfant et adulte peuvent alors être enfermés dans un système relationnel serré qui s'auto-entretient et dont naîtront les modalités d'attachement.

Cette pathologie interactive va imprégner les modes relationnels de l'enfant à son environnement et être à la **source de troubles de l'attachement** chez les bébés exposés, notamment chez les bébés placés en famille d'accueil. De ce fait, ils peuvent inciter les adultes avec lesquels ils instaurent une relation privilégiée, comme ceux de la famille d'accueil, à interagir sur le même mode que leur mère. C'est pourquoi il ne suffit pas de changer l'enfant d'environnement, ni de mettre en place un simple accompagnement éducatif et social du placement. L'accueil de ces enfants dans une famille nécessite un traitement spécifique de la relation qui s'instaure afin de les protéger et de prévenir les ruptures de placement.

Face aux bruyants effondrements psychotiques observés en cas de psychose chronique ou de psychose puerpérale, la dépression du *post-partum* pourrait apparaître comme un problème cliniquement plutôt secondaire, mais le caractère chronique de cet état, beaucoup plus insidieux, en fait également une pathologie aux conséquences graves pour le bébé.

- **La dépression du *post-partum***

La dépression est un événement très couramment associé à la naissance : on évalue communément à 10% le taux des femmes affectées de dépression pendant le *post-partum*. Pourtant, une revue de la littérature, réalisée en 2005 par l'*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) aux États-Unis (24), aboutit à des résultats différents. Une méta-analyse des résultats des 30 études retenues a montré que la prévalence de la dépression du *post-partum*, mesurée à divers moments de la période périnatale, variait de 3,1 à 4,9 % durant la grossesse et de 1,0 à 5,9 % durant la première année suivant la naissance. Ces résultats n'étaient pas significativement différents de ceux d'une population de femmes sans enfants.

Il existe un consensus sur le fait que les manifestations cliniques de la dépression du *post-partum* sont les mêmes que celles des dépressions survenant dans d'autres contextes (84). Les études récentes s'accordent à dire que les principaux facteurs étiologiques se trouvent dans le champ social et psychologique (84) : des problèmes dans les relations précoces avec ses propres parents, des problèmes actuels dans les relations interpersonnelles (tout particulièrement dans la relation conjugale), des conditions sociales défavorables, des antécédents de troubles dépressifs, une ambivalence à propos de la grossesse sont les corrélations les plus fréquemment retrouvées. Le dépistage est principalement réalisé à l'aide de l'échelle de dépression du *post-partum* de Cox : l'EPDS (Edinburgh Post Natal Depression Scale). Il s'agit d'un auto-questionnaire, créé par J. Cox en 1987 et validé dans sa traduction française, spécifiquement destiné à dépister les mères déprimées dans une population tout venant.

La dépression du *post-partum* pourrait, superficiellement, apparaître comme un problème cliniquement plutôt secondaire par comparaison aux bruyants effondrements psychotiques observés en cas de psychose puerpérale, mais les conséquences sur la vie personnelle ou familiale et surtout sur l'enfant pourraient être largement plus sévères et plus durables du fait du caractère insidieux et chronique de cet état (84). La majorité des dépressions du *post-partum* évoluent spontanément de façon favorable et disparaissent dans les trois à six mois qui suivent le début de l'épisode. Mais cette dépression marque, pour de nombreuses femmes, le début d'épisodes récurrents de troubles dépressifs. Or, la plupart de ces femmes ne sont pas reconnues comme dépressives et, elles-mêmes, ne recherchent ni ne demandent un traitement. Quand elles consultent leur médecin traitant, celui-ci prescrit souvent des benzodiazépines ou des doses insuffisantes d'antidépresseurs.

La plupart des auteurs reconnaissent que les **enfants de parents déprimés** appartiennent à une **population à risque psychologique** (160). D. Winnicott montre l'importance du « rôle de miroir » de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant et les modifications de ces interactions lorsque la mère est déprimée (115). Le visage de la mère est le miroir dans lequel le bébé peut se regarder. Mais lorsque la mère ne reflète que son propre état d'âme, le bébé ne peut pas recevoir en retour ce que lui-même est en train de donner, il ne peut que regarder sa mère sans se voir lui-même en elle. Sa capacité créative s'atrophie alors ; « la perception prend la place de l'aperception. Elle se substitue à ce qui aurait pu être le début d'un échange significatif avec le monde, un processus à double direction dans le monde des choses vues. (...) Si le visage de la mère ne répond pas, le miroir devient alors une chose qu'on peut regarder, mais dans laquelle on n'a pas à se regarder ». Dans la dépression, la mère ne parvient pas à réfléchir le visage de son enfant, c'est-à-dire à jouer ce rôle de miroir.

Par-delà cette fonction, de nombreuses dimensions se trouvent altérées (52). L'ensemble du fonctionnement psychique et physique de la mère est atteint, modifiant qualitativement et quantitativement les interactions comportementales et fantasmatiques. L'univers maternel est pétri de douleur morale, de pessimisme et de culpabilité, de dépréciation et de perte de l'estime de soi ; les affects sont émoussés, les émotions abrasées, l'empathie perdue ; les actions sont lentes, mécaniques et dévitalisées, les gestes peu sûrs ; la pensée se vide ou s'absente ; l'idée de plaisir disparaît ; le corps, lui aussi douloureux, s'emplit de fatigue ; le sommeil n'apporte plus le repos. La mère déprimée a du mal à s'accorder à son enfant. Elle risque de méconnaître les signaux de son enfant, accaparée par l'écoute de ses propres besoins. Son maternage est inadéquat. Par exemple, la mère interrompt fréquemment le bercement du bébé et change sans raison la posture de son enfant, alors que ses interactions visuelles restent pauvres. Il en résulte une sur-stimulation dans le domaine des kinesthésies, et une sous-stimulation dans celui de l'échange visuel, pourtant essentiel dans le renforcement de l'attachement mère-enfant. La fonction maternelle semble globalement perturbée. La mère déprimée ne parvient plus à remplir correctement sa fonction de pare-excitation. Ses stimulations se raréfient ou sont altérées. Ses réponses aux besoins de l'enfant se rigidifient ; elle perd tout plaisir à l'accomplissement des soins maternels (160).

La question de l'impact de la dépression maternelle sur le développement à long terme de l'enfant porte en elle-même la marque d'une **profonde hétérogénéité** (52). On aborde ici la question de la dépression du *post-partum*, mais qu'en est-il pour la dépression névrotique, la dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire, etc. ? Quelle en est l'intensité ? A quelle période du développement de l'enfant survient-elle ? L'enfant connaît-il, dans son développement, une période de plus grande vulnérabilité à la dépression maternelle ? A quelle classification se réfère-t-on pour décrire les troubles observés chez l'enfant, notamment en fonction de son âge ? Les

études épidémiologiques ne sont pas toujours suffisamment précises sur ces différents points, et un grand nombre de recherches vise un objectif bien déterminé, comme, par exemple, l'étude des troubles du comportement chez l'enfant. Schématiquement (52), ces divers travaux montrent que la dépression maternelle constitue un facteur de risque psychologique pour le développement de l'enfant, mais il ne s'agit jamais d'une causalité linéaire ; la dépression maternelle s'intégrant dans une causalité complexe, multifactorielle. Ainsi, elle se trouve évoquée dans un grand nombre de pathologies : troubles somatiques du nourrisson, troubles du comportement, troubles cognitifs, troubles affectifs de type dépressif, psychose infantile précoce, etc. Tous ces troubles, propres à l'enfant, sont généralement corrélés à un trouble plus global, lié à la qualité de la relation d'attachement entre l'enfant et ses figures parentales.

- **Les troubles de l'attachement**

Comme il est rappelé dans le rapport de la Mission sur la famille et les droits des enfants (29), les nourrissons nouent des relations d'attachement même avec les parents les plus négligents et les plus maltraitants, fût-ce au prix de mécanismes de défense fixés parfois en quelques mois. La question n'est donc pas : « Est-ce qu'il y a une relation d'attachement entre cet enfant et ce parent ? », mais : « Quelle est la qualité de la relation d'attachement entre eux ? », ou « Est-ce que cet attachement permet à l'enfant de se développer normalement sur un plan intellectuel et affectif, et lui permet de devenir autonome dans l'existence ? ». Dans 82 % des groupes familiaux à risques (maltraitance, négligence, maladie mentale d'un parent, toxicomanie, etc.), l'enfant développe un attachement « insécure désorganisé-désorienté », qui montre qu'il est effrayé, confus, incapable d'utiliser un mode de contact cohérent.

Les applications cliniques de la théorie de l'attachement sont récentes, et plus encore les essais de classification des pathologies d'attachement. A. Guedeney, dans *L'attachement, concepts et applications* (83), résume la place donnée aux troubles de l'attachement dans les classifications médicales et les descriptions sémiologiques qui s'y rapportent.

Le diagnostic de **troubles réactionnels de l'attachement** apparaît en 1980, avec la publication du **DSM-III** (*Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders*). La description du trouble incluait alors le retard de croissance et le manque de réponses sociales ; le trouble devait être manifeste avant l'âge de huit mois. Ce trouble est caractérisé par une inhibition de la tendance normale dans le développement à chercher le confort auprès des parents ou des adultes auxquels l'enfant est attaché. Dans les interactions sociales, l'enfant est inhibé, hypervigilant ou très ambivalent – ses comportements reflétant l'inhibition générale du système d'attachement, à une période où il est généralement activé. La description de ce type d'attachement en retrait et inhibé est tirée de la description d'un groupe d'enfants maltraités, surtout carencés et d'un sous-groupe

d'enfants élevés en institution. Le retrait émotionnel et l'absence d'attachement ont aussi été observés chez des enfants en famille d'accueil.

Plus tard, en 1994, dans le **DSM-IV**, le **trouble de l'attachement dans la petite enfance** est décrit par un contact social manifestement troublé et inapproprié sur le plan du développement, et ce dans la plupart des contextes relationnels. Ceci est attribué à des soins gravement insuffisants et pathogènes. Le trouble commence avant l'âge de cinq ans. Le mode clinique est caractérisé par une hyperréactivité du système d'attachement mais avec une très faible discrimination sociale, avec pour résultat des attachements diffus et non sélectifs. L'enfant se comporte avec chacun comme s'il était un proche. Ce mode symptomatique a été observé à la fois chez des jeunes enfants en famille d'accueil ayant subi des placements multiples et chez des enfants élevés en institution. Dans ce dernier groupe, ce comportement peut persister bien après que l'enfant a apparemment établi des relations d'attachement à une nouvelle famille. Cependant, les différentes évolutions du DSM-IV ne sont basées sur aucune étude de validation des critères. Les critères de trouble de l'attachement dans l'**ICD-10** sont très proches de ceux du DSM-IV.

En 2000, NW. Boris et CH. Zeanah (127) ont proposé des critères alternatifs de troubles de l'attachement, basés sur les données de la recherche sur le comportement de l'enfant, plutôt que sur les circonstances étiologiques. Compte tenu de l'importance de l'attachement dans le début de la vie, une question essentielle consiste à savoir à quel point on définit les troubles de l'attachement comme pathologiques : pour NW. Boris et CH. Zeanah, les problèmes d'attachement deviennent des troubles psychiques pour les jeunes enfants lorsque les émotions et les comportements manifestés dans le contexte de la relation d'attachement sont si troublés qu'ils indiquent, ou qu'ils augmentent substantiellement, le risque d'une détresse permanente ou d'un handicap de l'enfant. Ils proposent de distinguer **trois grands types de troubles** :

- **les troubles de l'absence d'attachement** sont soit le trouble d'attachement avec retrait émotionnel, dans lequel l'enfant est en retrait, inhibé, sans attachement, soit le trouble avec sociabilité indistincte, dans lequel l'enfant recherche le confort et des interactions sociales avec des étrangers, sans la réticence appropriée à l'âge ;
- **les troubles de base de sécurité** sont spécifiques d'une relation donnée, l'enfant atteint de ce trouble montrant un attachement préférentiel à une figure d'attachement. On distingue quatre catégories : 1. *les troubles de l'attachement avec mise en danger*, dans lesquels l'enfant s'engage dans des activités dangereuses, provocantes, sans vérifier la présence et la proximité de la figure d'attachement ; la violence familiale exercée directement sur l'enfant ou à l'intérieur de la famille semble être associée à ce comportement de mise en danger dans lequel l'enfant cherche l'attention et la protection d'un parent souvent inaccessible et peu fiable ; 2. *les troubles de l'attachement avec accrochage et exploration inhibée* ; cette inhibition n'est pas générale mais spécifique de certaines situations, lorsque l'enfant est en présence de sa figure d'attachement, mais

dans une situation inhabituelle, ou en présence d'un adulte qui n'est pas familial ; 3. *les troubles de l'attachement avec vigilance et compliance excessives*, qui sont caractérisés par un enfant hypervigilant, avec une restriction émotionnelle et une compliance exagérée aux demandes de ses parents ; 4. *les troubles de l'attachement avec renversement des rôles*, l'enfant exerçant un contrôle sur le parent soit d'une façon punitive, soit avec une sollicitude excessive ;

- **les ruptures du lien d'attachement** se rencontrent lorsque l'enfant subit la perte d'une figure d'attachement, la perte pouvant intervenir à travers la mort du parent ou par le changement successif de familles d'accueil. Ils développent alors la séquence « protestation, désespoir, détachement ».

On observe, en dehors des troubles de l'attachement qui peuvent découler de défaillances parentales diverses, telles la dépression du *postpartum* ou les psychoses parentales, des carences affectives précoces chez l'enfant, qui existent au sein de la famille, mais perturbent également les relations extérieures au cadre familial et notamment avec les professionnels.

3.2 – LES CARENCES AFFECTIVES PRECOCES

A. Guedeney retrace, dans *L'attachement, concepts et applications*, l'**histoire de la notion** de carence affective chez l'enfant (83). Dès 1906, A. Chapin attire l'attention sur le lien entre retard de croissance, dépression et hygiène chez l'enfant. R. Spitz, par ses descriptions et son film de 1947, va heurter le milieu pédiatrique et psychanalytique en portant à sa connaissance une réalité choquante, celle des effets de « l'institutionnalisation ». Cependant, la reconnaissance des besoins relationnels du jeune enfant ainsi que des effets de la carence de soins maternels sera longue à venir. Elle ne précède que de peu la reconnaissance de la douleur physique chez le bébé. Dans les suites de la seconde guerre mondiale et du fait de l'implication des populations civiles, la séparation précoce et durable sera la première à être reconnue comme un facteur majeur de carence de soins maternels. Seule la théorie de l'attachement permettra de prendre en compte la nécessité vitale de l'établissement et du développement du lien dans la santé mentale du jeune enfant. Le déni de cette pathologie persistera longtemps sous la forme de la confusion des effets de la carence de soins maternels avec ceux de l'absence de stimulation.

- **Les carences au sein de la famille**

Les états de négligence et de carence précoces sont un problème très grave, tout particulièrement quand ils se développent au sein même de la famille (85). Ils sont fréquents, précoces et sévères et touchent tous les secteurs du développement de l'enfant (physique,

affectif, relationnel, cognitif). Il est très difficile d'atteindre les enfants concernés et leurs parents, et d'assurer une continuité de soins. Par tradition, la **négligence** se définit comme une forme de mauvais traitement caractérisée par un manque de soins sur les plans de la santé, de l'hygiène corporelle, de l'alimentation, de la surveillance, de l'éducation ou des besoins affectifs, mettant en péril le développement normal de l'enfant. Il s'agit d'un manque ou d'une absence de soins nécessaires pour répondre aux besoins de l'enfant selon son âge et son niveau de développement. La négligence ne peut donc être définie qu'en interaction avec le degré de dépendance-autonomie de l'enfant.

Ces carences affectives précoces prennent des **formes cliniques variées**. L. Kreisler parle « d'inorganisations structurales du jeune enfant, conséquences des carences affectives chroniques » et les rattache à la pathologie du « vide relationnel ». M. Lamour et M. Barraco définissent les familles carencées par l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent. L'histoire des parents est souvent marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance et ils sont fréquemment atteints d'une psychopathologie grave, non reconnue et non traitée comme telle. La vie quotidienne est marquée par une absence d'organisation et des situations de crise fréquentes.

- **Les perturbations des relations avec les professionnels**

Les perturbations des interactions intrafamiliales envahissent les relations famille-intervenants et les relations des intervenants entre eux. Pour M. Lamour et M. Barraco (85), les formes cliniques variées que revêt la pathologie relationnelle parents-nourrisson vont se retrouver dans les relations famille-intervenants et dans les relations entre intervenants. Dans les familles carencées, les alternances de mouvements fusionnels et de mise à distance de l'enfant par sa mère se retrouvent dans l'alternance des mouvements d'investissements massifs et de désinvestissement brutal des familles par les intervenants. La **discontinuité** du fonctionnement parental fait échec à la conception d'un projet thérapeutique à moyen et à long terme : on se met à penser dans l'instant, sans pouvoir anticiper. Avec les mères psychotiques, un des problèmes les plus délicats à traiter est celui du **clivage** : la mère exprime à chacun des professionnels un aspect différent de son lien à l'enfant. Tous ces aspects réunis apparaissent comme contradictoires et les professionnels risquent alors de s'affronter. Ceci est souvent renforcé par le discours de la mère qui magnifie le bébé, mais il s'agit d'un enfant imaginaire, qu'elle porte dans sa tête.

Dans ces pathologies du lien, toute relation qui s'instaure, que ce soit entre la famille et les intervenants ou entre intervenants, est fragile. Les liens sont constamment menacés. Il faut souligner que les professionnels ont largement tendance à sous-estimer l'**impact désorganisateur** de la psychopathologie familiale sur leur fonctionnement, non seulement au niveau individuel pouvant aller jusqu'à la transgression de la loi, comme au sein de la famille (par exemple le partage du

secret dans les abus sexuels), mais aussi au niveau du réseau d'intervenants. Ils se querellent, se négligent, se maltraitent, et cela quelle que soit leur formation et d'autant plus qu'ils sont dans une relation proche avec les parents et l'enfant. C'est particulièrement spectaculaire quand la famille traverse une situation de crise : on voit alors la crise intrafamiliale devenir crise famille-institution, puis crise à l'intérieur de l'institution, puis crise entre les différentes institutions.

Face à l'ampleur des pathologies du lien, force est de se demander s'il ne serait pas bénéfique de se montrer attentif plus tôt aux problèmes que peuvent rencontrer les familles, dans une logique qui ne serait pas uniquement de l'ordre du soin, mais aussi de l'ordre de la prévention. Bien entendu, cette démarche préventive ne parviendrait pas à éviter la survenue de nombre de difficultés, mais elle permettrait une prise en charge plus précoce des troubles périnataux, et un meilleur encadrement de ces troubles.

4 – LA PREVENTION PRECOCE

La période périnatale est une période nodale pour la genèse des liens précoces et la détermination de leur qualité ultérieure. C'est aussi une période de vulnérabilité, au cours de laquelle la souffrance psychique est fréquente, qu'elle soit liée à l'histoire personnelle des sujets ou à des circonstances adverses, prévisibles ou non, ou bien encore à des déterminants iatrogènes dépendant des processus d'organisation des soins et de l'attitude des soignants. Par ailleurs, pendant cette période, les femmes enceintes ou couples sont particulièrement sensibles aux soins psychiques du fait de la « perméabilité » qui favorise certes l'apparition mais aussi la résolution de difficultés psychiques potentiellement pathogènes. Ils sont accessibles à la prévention primaire, au dépistage, mais également à la prévention secondaire et tertiaire des complications potentielles, précoces et tardives, ou des perturbations psychiques ultérieures, qu'elles soient ou non psychopathologiques. La prise en charge a souvent une efficacité immédiate, mais induit également des effets sur le long terme, prévenant la survenue de difficultés ou de pathologies ultérieures chez l'enfant et parfois même chez les enfants suivants.

4.1 – ESSAI DE DEFINITION

- **Prévention primaire, secondaire et tertiaire**

Le processus de prévention est le plus souvent divisé en trois étapes, qui correspondent en fait à trois temps de prise en charge. En effet, comme le rappelle D. Mellier (91), la prévention est une notion directement fondée sur une conception linéaire du temps. Prévenir un accident, une catastrophe naturelle, une maladie, consiste à éviter la survenue ultérieure de ce trouble.

D'après l'**OMS** (176), on qualifie classiquement la prévention de primaire, secondaire ou tertiaire, selon qu'elle précède, qu'elle accompagne ou qu'elle suit l'émergence de la maladie :

- La **prévention primaire** comprend tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.
- La **prévention secondaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. Elle prend en compte le dépistage précoce et le traitement des premières atteintes.
- La **prévention tertiaire** comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Cette conception rationnelle de la prévention sert de guide aux décideurs et aux politiques. Elle résulte d'un modèle épidémiologique qui a fait ses preuves, notamment dans le domaine médical. Elle permet une justification d'investissements sociaux, en moyens, en personnels. Au niveau d'une société, cette conception permet d'objectiver des problèmes qui passeraient sinon inaperçus ; elle a permis le développement de démarches de prophylaxie ou de dépistage.

Dans le champ de la **santé mentale**, cette distinction générale des trois temps de prévention est reprise par J. Noël et M. Soulé, qui ont joué un rôle de pionniers dans la prévention périnatale. Dans leur article « La prévention médico-psycho-sociale précoce », paru dans le *Nouveau traité de l'enfant et de l'adolescent*, les deux auteurs s'interrogent plus particulièrement sur la prévention précoce en périnatalité (100).

- « La prévention primaire vise, selon la définition du *Petit Robert*, à empêcher une chose fâcheuse de se produire et se situe dans une perspective d'amélioration des conditions d'existence des parents et jeunes enfants, y compris sur le plan psychologique. On sort du champ thérapeutique pour entrer dans celui de la prophylaxie, ce qui suppose d'articuler la logique médicale du soin à une logique d'intervention sociale qui suppose qu'en soient définis les finalités et les moyens et qui peut concerner des niveaux différents de la pratique sociale, publique ou privée. On se trouve là au carrefour d'une visée éthique, d'une visée politique et d'une visée scientifique. La prévention primaire engage un double modèle de société et de famille.
- La prévention secondaire et *a fortiori* tertiaire participe, elle, d'une autre logique, plus spécifiquement médicale, celle du soin, même s'il est très précoce. Il s'agit d'enrayer un processus pathologique dont les premiers symptômes permettent d'envisager les évolutions possibles. Les spécialistes de la périnatalité insistent sur l'importance, pour l'équilibre psychologique du bébé et son développement futur, du cadre relationnel où il s'inscrit et notamment des relations qu'il entretient avec ses parents. La conséquence est

que toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé. Ou, pour reprendre la distinction entre primaire et secondaire, que toute démarche de prévention secondaire envers le parent est également une prévention primaire pour le bébé. »

Ce modèle épidémiologique de la prévention, comme l'explique D. Mellier dans l'article cité plus haut (91), n'est pas pleinement satisfaisant pour penser la « matière psychique », pour deux raisons principalement : l'opposition santé/maladie sur laquelle il se fonde est peu pertinente du point de vue de la prise en compte de la vie psychique, car il y a une continuité entre le normal et le pathologique ; la conception du temps qu'il suppose est celle linéaire, objective, de la réalité matérielle, or la temporalité psychique est beaucoup plus hétérogène. Par ailleurs, la logique préventive est de l'ordre d'un travail sur un avenir hypothétique : elle se distingue donc nettement de la logique de soin, qui consiste à agir sur un état de fait.

- **De la prévention au soin, les logiques diffèrent, voire se neutralisent**

Rapprocher deux types de prise en charge, l'une préventive au sens strict (prévention primaire), l'autre plus thérapeutique (prévention secondaire et tertiaire) et visant à réduire le développement plus ou moins avancé d'une maladie, notamment grâce au dépistage, pose des problèmes de deux ordres, qui tendent à rendre caduque la distinction de trois étapes de prévention. Ces problèmes sont analysés par G. Neyrand, dans « Paradoxes et perspectives de la prévention » (99) : il y explique que les trois étapes de prévention obéissent à des logiques de prise en charge différentes, ce qui va dans le sens d'une séparation plus forte des étapes de prévention, mais montre également que ces trois étapes ne cessent d'interférer les unes avec les autres, ce qui rend leur distinction difficile.

- **Les stades de prévention obéissent à des logiques nettement différenciées**, qui rendent difficile toute approche globale des questions de prévention. En effet, la **logique anticipatrice** de la prévention primaire, articulée à une gestion prévisionnelle et une démarche d'intervention dont les effets peuvent difficilement être mesurés, se distingue nettement des préventions secondaire et tertiaire, qui s'inscrivent dans une **logique de soin**, intervenant *a posteriori* et référant à une éthique thérapeutique bien délimitée, dont les effets semblent facilement identifiables. Le positionnement que produisent ces deux logiques sur les intervenants – qu'ils soient médecins, sages-femmes, éducateurs... – ne sont pas du tout semblables : la logique primaire interroge d'une façon beaucoup moins claire la position éthique des intervenants que ne le fait la logique thérapeutique, beaucoup mieux balisée, de la prévention secondaire et tertiaire. Quelle justification à intervenir quand le trouble n'est pas déclaré ? Quelle position tenir à l'égard de l'institution, de l'administration ? Beaucoup de questions qui contribuent à expliquer les

réticences à adopter une attitude préventive alors que l'objectif préventif demeure une valeur de référence du champ médico-psycho-social.

- **Les trois étapes de prévention interfèrent les unes avec les autres**, ce qui empêche de les concevoir de façon totalement distincte. Par exemple, une prévention secondaire, thérapeutique à l'égard des parents, est bien souvent la condition d'une prévention primaire à l'égard du bébé. Comment les intervenants de la périnatalité doivent-ils alors se positionner ?

Du fait de la complexité inhérente à la définition de la prévention, les divers acteurs du champ périnatal se trouvent confrontés à **des divergences de points de vue et de pratiques**. G. Neyrand constate notamment que les institutions de la santé et de l'action sociale adoptent des positions ambivalentes face aux avancées des dispositifs novateurs (99). Engoncées dans leurs logiques propres, ces institutions, tout en se positionnant dans un imaginaire préventif qui sert de principe légitimant et d'horizon politique à leur action, peinent à intégrer ces apports novateurs dont elles ont pourtant besoin pour se renouveler. Plusieurs logiques, renvoyant à la diversité des façons de concevoir la prévention précoce et à la diversité de ses définitions institutionnelles, se déploient et s'entrecroisent et bien souvent ont pour effet de se neutraliser du fait des contradictions qu'elles soulèvent. Confronté à l'entrecroisement des logiques et aux divergences des conceptions préventives, l'usager s'y retrouve difficilement. Cela ne fait que renforcer sa tendance à se méfier de toute volonté préventive à son égard. La question est d'autant plus délicate que la période périnatale est un moment de fragilisation et de déstabilisation parentale. Nombre de familles en grande difficulté ne consultent que lorsque la difficulté que présente leur enfant est trop manifeste pour être déniée, ce qui renforce leur assignation au contrôle et à la thérapie lourde et les prive d'une prévention qui les libérerait d'un rapport contraint au champ de la santé et de l'action sociale. La question du moment adéquat pour une prise en charge efficace se pose alors de manière criante.

- **Les moments propices à la mise en œuvre d'une prévention efficace**

Les réflexions portant sur les moments propices à la mise en œuvre d'une action préventive efficace dans le champ périnatal mettent en avant deux temps essentiels : la grossesse et le *post-partum*.

Les actions de prévention menées pendant la **période anténatale**, dans le cadre de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, ont été évaluées par l'HAS (24), sous forme d'une revue de la littérature. Il en ressort que les femmes enceintes, en particulier les femmes primipares, sont peu préparées aux soins et à l'attention à porter à l'enfant durant sa première année de vie, ainsi qu'aux changements liés à l'arrivée d'un enfant dans l'univers familial (186). La littérature insiste sur le rôle des dispositifs d'action de santé et d'action publique pour soutenir la

parentalité en période anténatale (125, 139, 148). Selon J. Dayan, dans son ouvrage *Psychopathologie de la périnatalité* (69), la grossesse est une période essentielle dans la prévention des décompensations psychiatriques du *post-partum* et des troubles de l'attachement. Or, durant la grossesse, les troubles maternels sont souvent méconnus : les femmes consultent peu pour des troubles anxieux ou dépressifs à ce moment là. Par ailleurs, lorsqu'elles consultent, elles sont rarement prises en charge, sauf en cas de pathologie sévère. A ce stade, les acteurs de première ligne – en dehors des généralistes – sont les obstétriciens et les sages-femmes : c'est à eux qu'il revient d'être attentif à des signes d'anxiété souvent mineurs, pour permettre de recueillir un avis psychiatrique sur la nécessité d'une aide thérapeutique, notamment dans le cadre de la psychiatrie de liaison en maternité.

La littérature internationale montre également que les femmes sont plutôt bien préparées au déroulement du travail et de l'accouchement, même si **l'efficacité de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité reste méconnue**, tant en ce qui concerne ses effets sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement que sur la fonction parentale après la naissance. Cette conclusion est tirée d'une **méta-analyse** publiée par la *Cochrane Library* (156), dans laquelle ont été évalués :

- l'impact de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité sur le niveau de connaissances des femmes, l'anxiété, la douleur, le sentiment de maîtrise et de participation active aux prises de décision durant la grossesse et la naissance, le taux d'allaitement, l'utilisation de médicaments pour réduire la douleur, l'implication du partenaire à la naissance, la capacité à s'occuper de son enfant, le soutien à la fonction parentale, les adaptations psychologiques et sociales après la naissance ;
- les effets d'un programme structuré de Préparation à la Naissance et à la Parentalité sur le déroulement du travail et de la naissance et sur les interventions obstétricales.

Six études contrôlées randomisées publiées entre 1981 et 1999 ont été retenues (n = 1 443 femmes) et 22 ont été exclues. La plus large étude retenue (n = 1 275) comparait l'impact de l'information verbale ou écrite sur le taux d'accouchements par voie basse, après césarienne lors d'un accouchement précédent. Les résultats ne montraient aucune différence significative sur le taux de naissances par voie basse entre les deux groupes (RR : 1,08 ; IC95 % : 0,97 à 1,21). Les interventions éducatives ont été analysées dans les 4 autres études (n = 168). La qualité méthodologique de ces études était imparfaite (méthode de randomisation et de répartition dans les groupes insuffisamment décrite, effectifs faibles compris entre 10 et 67, critères de jugement variables d'une étude à l'autre, etc.), les programmes d'interventions étaient hétérogènes. Aucune donnée concernant l'issue du travail, l'état du nouveau-né à la naissance, les taux d'allaitement, l'anxiété, le support social, n'avait été recueillie. Dans une seule étude (n = 16), les femmes semblaient plus satisfaites dans le groupe où une préparation avait été réalisée (différence de moyenne pondérée : 21,59 points, IC95 % : 11,23 à 31,95). Une autre étude (n = 10) montrait une

plus grande fréquence de comportements d'attachement maternel de qualité lorsqu'une préparation spécifique était proposée en plus des séances de préparation habituelles (différence de moyenne pondérée : 22,60 points, IC95 % : 21,82 à 23,38). Deux autres études ont montré une augmentation conséquente des connaissances lorsque le père était inclus dans les séances de préparation (n = 28 ; différence de moyenne pondérée : 9,55 ; IC95 % : 1,25 à 17,85) et lorsque les thèmes abordés étaient plus larges que dans les séances habituelles (n = 48 ; différence de moyenne pondérée : 1,62 ; IC95 % : 0,49 à 2,75). Aucune différence sur les autres variables évaluées n'était mise en évidence entre les groupes. **En conclusion, aucune recommandation pratique ne peut être faite dans l'état actuel de la littérature (24), mais l'importance de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, en particulier pour une première grossesse, est soulignée à la fois par les femmes et les professionnels de santé.**

Le **post-partum** peut aussi donner lieu à une action préventive, mais conduit surtout à une action curative. Selon J. Dayan (69), ce rôle de prévention et de dépistage revient, durant le *post-partum*, aux médecins généralistes et aux pédiatres, après le temps bref mais crucial du séjour en maternité. Le travail en réseau est, pour la psychiatrie périnatale, une nécessité : les psychiatres doivent avertir les services d'obstétrique des pathologies lourdes dont le risque de récurrence est élevé, afin que les femmes bénéficient d'une prise en charge adaptée. Les psychiatres doivent aussi pouvoir répondre en urgence aux appels qui ne peuvent être différés durant les quinze premiers jours du post-partum, tant le risque évolutif est majeur et l'action préventive efficace.

La **dépression post-natale** est la principale complication du *post-partum*.

- Elle a fait l'objet de différentes mesures de prévention, à la fois en anté et postnatal ; leur efficacité a été évaluée par l'**HAS**, dans le cadre d'une revue de la littérature (24). Les auteurs concluent à l'importance de prendre en compte la dépression, facilement repérable, et de proposer des interventions psychosociales individuelles ou de groupe, pour améliorer les relations parents-enfant. Les résultats de l'analyse de l'ensemble des études pré et postnatales (6/9 études) montraient une amélioration de la dépression dans le groupe expérimental. Les interventions durant la période postnatale (9/11 études) montraient un effet positif sur les interactions parents-enfant ; ces interventions pouvaient prendre la forme de visites régulières à domicile par une puéricultrice, de promotion de la responsabilisation de la mère vis-à-vis de son enfant, d'apprentissage des techniques de massage des bébés et de support social.
- Une **méta-analyse** (15 études contrôlées randomisées, 7 600 femmes incluses) publiée en 2005 par la *Cochrane Collaboration* (143) avait pour objectif de comparer l'effet de diverses interventions psychosociales et psychologiques, proposées à divers moments de la période périnatale, sur la réduction du risque de dépression postnatale. Les interventions psychosociales étudiées consistaient en des séances prénatales et postnatales, en des visites à domicile par des professionnels et des bénévoles, en une

continuité des soins, en un suivi très précoce après la naissance. Les interventions psychologiques étaient une psychothérapie, des actions de débriefing. Ces interventions étaient réalisées par des professionnels variés : médecins, infirmières, sages-femmes, bénévoles (une étude). Les groupes contrôles recevaient des soins prénatals ou postnatals habituels, qui pouvaient varier d'un pays à l'autre et à l'intérieur de chaque pays. Dans la plupart des études, la dépression postnatale était définie à partir d'un score > 12 de l'instrument EPDS (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Les résultats ont montré que le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'était pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (RR : 0,81 ; IC95% : 0,65 à 1,02). En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées en postnatal et prodiguées par des infirmières ou des sages-femmes, ont un effet préventif clairement démontré sur la dépression postnatale (RR : 0,68 ; IC95% : 0,55 à 0,84). Des interventions proposées uniquement en postnatal ont un bénéfice démontré encore plus important que les interventions qui incluent une composante prénatale (RR : 0,76 ; IC95% : 0,58 à 0,98). Une identification des femmes à risque améliore la prévention de la dépression du *post-partum* (RR : 0,67 ; IC95% : 0,51 à 0,89). Des interventions individuelles (RR : 0,76 ; IC95% : 0,59 à 1) sont plus efficaces que les interventions de groupe (RR : 1,03 ; IC95% : 0,65 à 1,63).

Si une identification des femmes à risque peut induire une plus grande efficacité des actions préventives, cette identification n'est pourtant pas aisée : elle encourt un risque de stigmatisation des parents en difficulté, et, en retour, un risque de tentative de normalisation des conduites parentales.

4.2 - STIGMATISATION ET NORMALISATION : DEUX ECUEILS A EVITER

Si les ambiguïtés inhérentes aux diverses acceptions du terme de prévention sont déjà nombreuses, les points de vue qui sous-tendent l'action préventive s'avèrent encore plus problématiques. Aux embarras théoriques s'ajoutent des difficultés idéologiques.

- **Empêcher le pire ou préparer un avenir meilleur : les deux facettes de la prévention**

« Le discours préventif à la maternité est traversé d'enjeux idéologiques et favorise les caricatures manichéennes », écrit S. Missonnier dans son ouvrage *La consultation thérapeutique périnatale* (93). En effet, il se prête constamment au jeu de la manipulation, que ce soit celle de l'idéaliste qui considère que la prévention va éradiquer tous les maux, ou celle du pessimiste qui

ne peut s'empêcher de penser que les chats ne font pas des chiens. Entre l'utopie de la totale maîtrise de la nature et le fatalisme de la répétition maléfique à travers les générations, l'élan créateur de la maternité et de la prévention exprime un paradoxe. Selon M. Soulé et J. Noël (100), les difficultés que rencontrent les soignants pour éviter de tomber sous le coup d'une approche manichéenne de la prévention rappellent avec insistance combien « un certain nombre des motivations qui nous soutiennent dans cette idée merveilleuse de prévention reposent aussi sur ce mythe de toute-puissance et de la maîtrise totale de l'homme sur la nature ». Si elle n'est pas individuellement et institutionnellement élaborée, cette position idéologique « devient nocive car elle introduit, au nom de la santé, une réglementation rigide pour l'éducation et les comportements ».

A ces conceptions teintées d'idéologie, F. Molénat, dans son ouvrage *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94), préfère une approche centrée sur les cas particuliers, sur les spécificités de chaque famille. Ainsi, loin d'aborder la prévention sous un angle manichéen, qui voudrait que l'action médico-sociale se développe en vue de transformer une « mauvaise » situation parentale en « bonne » situation parentale, elle propose de l'envisager comme une dynamique, comme une **mutation progressive**, effectuée conjointement par les parents et les acteurs du champ de la périnatalité, au moment le plus opportun. C'est en ce sens qu'elle a cherché à promouvoir la notion d'urgence psychique, moins dans son aspect négatif - il y aurait un risque d'effondrement ou de décompensation - que dans son aspect dynamique : ce qui peut s'ouvrir là risque de se refermer pour longtemps en l'absence de mise en œuvre de moyens spécifiques. Asepsie verbale, organisation du champ relationnel, définition des places et des rôles vont permettre la mise au jour progressive des traumatismes anciens. Dans le cas du diagnostic anténatal, c'est l'annonce d'un problème chez l'enfant qui crée l'impact et l'urgence ; dans d'autres cas, un mutisme inexpliqué, une certaine agressivité joueront ce rôle. Mais, on le voit bien, quel que soit le cas abordé, il l'est toujours sous un angle positif : il s'agit de chercher à améliorer la situation en agissant au moment opportun, c'est-à-dire au moment où une dynamique positive peut s'instaurer, plutôt que de concevoir la prévention comme un simple pis-aller. Dès lors, une prévention efficace, non manichéenne, semble être de l'ordre de l'ouverture des possibles, de l'ordre du potentiel changement, et ne se limite en aucun cas à une vision manichéenne qui appréhenderait les difficultés de la femme enceinte ou du couple comme de simples facteurs de risque.

- **Eviter de voir dans les facteurs de risque les germes d'une maltraitance à venir**

En matière de prévention, les ambiguïtés sont nombreuses. En effet, la logique préventive cherche à œuvrer dans le sens d'une préparation en amont aux difficultés à venir. Mais, de ce fait, elle semble recourir de façon systématique à l'idée qu'une situation difficile se profile : elle intervient sur un avenir qui n'est qu'hypothétiquement négatif. Or, comme l'explique F. Molénat

(94), aborder les parents par le biais d'un négatif potentiel n'est pas dénué de risques. Comment être positif en pensant au négatif ? Prévenir la maltraitance, c'est risquer de voir l'enfant maltraité comme avenir possible. L'intention est plus que louable, mais comment rester en lien avec les parents concernés tout en ayant à l'esprit de telles images ? Collecter les facteurs de risque et donc tout ce qui manque ou a manqué, au moment où une mère met tant d'espoir dans un avenir neuf, devient une mission bien délicate si l'on veut maintenir la confiance. Pourtant, dans le système français, le nombre grandissant de placements d'enfants et l'encombrement des consultations de pédopsychiatrie obligent à s'interroger. Pourquoi tant d'énergie dépensée après l'échec, et si peu avant ?

Cette tendance idéologique qui se base sur une appréhension négative de l'avenir a pour contrepoint une autre tendance, qui chercherait à développer, grâce à l'action préventive, un modèle de famille entièrement positif. A l'hypothèse de l'avenir « noir » explicitée précédemment s'oppose le rêve d'un avenir « rose ».

- **Réduire les risques sans recourir à la norme de la « bonne famille »**

Comme l'explique G. Neyrand (176), dans un article intitulé « la prévention précoce, une démarche paradoxale », la notion de prévention est ambiguë, conflictuelle, paradoxale, jusque dans les références qu'elle mobilise et les interventions auxquelles elle renvoie. En effet, la volonté préventive précoce pose des **problèmes éthiques** lorsqu'elle est susceptible d'intervenir au niveau psychique, car toute entreprise de prévention de ce type est soupçonnée de vouloir contrôler les esprits. Le soupçon est également d'ordre politique : l'intuition de l'efficacité sociale d'une attitude préventive en matière de relations précoces interroge à la fois sur le sens de ce qui est mobilisé dans l'idée d'une telle prévention et aussi sur les moyens susceptibles d'être mis en œuvre pour y parvenir. Derrière l'idée sous-jacente d'un cadre relationnel optimal pour le bébé, n'y a-t-il pas un modèle de la « bonne » famille, de la parentalité « adéquate », avec la « normalisation douce » de la relation idéale ?

D. Mellier cite S. Giampino (91) qui, d'après son expérience en PMI et dans des crèches, constate que la prévention aboutit à une dérive si le travail consiste à décoder des signes objectifs de risques, à un travail de « normalisation ». La question des normes et de la normalisation est un problème que rencontre toute démarche préventive. La stigmatisation globale de la prévention comme pratique de contrôle social occulte tous les enjeux de la souffrance psychique présente dans ce domaine. On touche ici au problème fondamental du **repérage de la souffrance**. Tant qu'il n'y aura pas une connaissance et une prise de conscience suffisantes des indices de profondes souffrances, peu représentables, le travail en prévention restera laborieux et marqué par l'incompréhension entre professionnels. Le travail de lien entre professionnels dépend du maintien d'une empathie suffisante envers la population accueillie comme envers les autres

professionnels. Trouver la bonne distance entre dépendance et autonomie, ne pas lâcher trop tôt, ne pas manquer l'étape de l'envol. Ne pas mettre l'avenir à la place du présent, mais renforcer le présent pour ouvrir l'avenir : telles sont les tâches à remplir pour les professionnels.

En d'autres termes, il s'agit pour les acteurs de la périnatalité de travailler sans recourir à des idéologies manichéennes, c'est-à-dire à des visions prédéfinies de ce que doit être une « bonne famille » ; au contraire, il s'agit pour eux de réinventer, en lien avec chaque famille, la meilleure situation possible au vu de ses difficultés spécifiques. C'est du moins ce qu'avance S. Missonnier dans son livre *La consultation thérapeutique périnatale* (93), lorsqu'il évoque les qualités d'une action préventive « tout-venant », qu'il considère comme la meilleure garantie éthique contre la stigmatisation des troubles psychologiques de la périnatalité.

4.3 - LA PREVENTION : UNE DEMARCHE BASEE SUR L'ATTENTION ET L'INVENTION

- **L'impossibilité de dresser une liste générale de facteurs de risque**

Le refus de toute approche systématique en prévention périnatale, afin d'éviter les écueils idéologiques, a pour conséquence une impossibilité à définir de façon générale des listes de facteurs de risques. Comme l'analyse S. Missonnier (93), le risque ne prend en compte que l'incertitude de l'issue de la confrontation de l'enfant avec un stress environnemental ou intérieur. Pour pouvoir mesurer au plus près cette marge d'incertitude, il faut croiser la notion de risque avec celle de vulnérabilité, qui illustre le fait que différentes personnes ne présentent pas les mêmes troubles devant un risque donné. La vulnérabilité met en évidence l'importance des **facteurs personnels** : le même choc sur trois poupées de verre, de plastique et d'acier n'aura pas le même impact. Les critères de risque ne peuvent donc se résumer à quelques cases à cocher, tant les facettes de la vulnérabilité psychique des enfants sont nombreuses et fluctuantes. De ce fait, repérer les familles qui auraient besoin d'aide s'avère problématique et suppose une connaissance précise du vécu quotidien de chaque famille.

Selon le glossaire multilingue de la Banque de Données Santé Publique, la **vulnérabilité** est « une caractéristique (principalement psychologique) d'un individu avec deux significations différentes :

- être dans une position ou une condition non protégée et donc susceptibilité d'une personne d'être infectée, blessée ou menacée du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ;

- dans le contexte des théories du comportement en santé, la vulnérabilité décrit l'attente subjective d'une personne vis-à-vis d'une menace spécifique (maladie, accident) qui peut l'affecter personnellement. »

Comme l'écrit N. Garret dans son article « une expérience de psychiatrie périnatale : le Centre Nantais de la Parentalité » (157), la PMI connaît les familles vulnérables aussi bien que les services de pédopsychiatrie et les suit à travers les naissances successives, presque de génération en génération. Seuls les déménagements et la propension à la coupure des liens viennent rompre le fil de l'histoire. Repérer les risques est à la portée des professionnels tant qu'ils auront la possibilité de suivre ces familles dans la continuité, continuité faite d'une connaissance réciproque et de la création de liens, fragiles mais toujours retissés. Il faut sans cesse réactiver les liens tissés avec ces parents blessés, qui ont perdu confiance ou qui se jouent du fonctionnement médico-social. Prévenir est une préoccupation commune : prévenir les troubles du développement, les pathologies, la maltraitance, la violence, la souffrance qui devient « constitutionnelle » et non reconnue par les patientes elles-mêmes.

La prévention peut cependant prendre différentes formes. Or, on remarque que le repérage et l'action ciblée sont de piètre efficacité, car ils laissent croire en une cause unique survenue à un instant assez précis, ce qui n'a aucun sens pour tout praticien confronté à des familles en difficulté. Cette sorte d'analyse réductrice ne peut venir que de praticiens réfléchissant de façon théorique, à l'aide de classifications, ainsi que d'administratifs ou de politiques pressés par la recherche de solutions simples, visibles et rapidement efficaces, mais elle échappe complètement à l'épreuve du temps et de la réalité. Loin de ces pratiques réductrices, centrées sur un facteur de risque donné, il convient de privilégier une approche plus globale des familles, attentive à de multiples facteurs, ou plutôt à de nombreux « clignotants », qui peuvent prendre la forme de difficultés manifestes ou de demandes masquées.

- **Des facteurs de risque aux demandes masquées : la notion de « clignotants »**

Repérer les difficultés des parents est une entreprise très périlleuse, qui suppose d'éviter plusieurs écueils. Bien sûr, ce repérage suppose une grande attention des professionnels, mais l'intérêt même qu'ils portent à la vie psychique des parents est potentiellement problématique. En effet, F. Molénat, dans son livre *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94) montre que cet intérêt n'est pas sans risques : risque d'intrusion, de renforcement de la culpabilité, aggravation du malaise... Les professionnels doivent donc se montrer attentifs, mais en aucun cas intrusifs : ils doivent, autant que possible, essayer de repérer les demandes d'aide silencieuses, sans pour autant provoquer l'angoisse qui est bien souvent à la base de telles demandes. Or, se montrer attentif à une demande non formulée n'est pas chose facile ! Comment

l'attention peut-elle s'éveiller et permettre que le médecin prenne un peu plus de temps pour cette consultation-là, qu'une équipe s'engage, alors qu'aucune demande ne s'exprime ?

On ne saurait faire l'économie d'une réflexion sur les **signaux d'alarme**. Les facteurs de risque classiques ont constitué un premier niveau de vigilance, en même temps qu'ils portaient leur propre poison : repérer le négatif sans avoir forcément les moyens de chercher la subjectivité de la patiente, ce qui exigerait d'avoir des réponses à disposition. Les grilles d'évaluation ou de dépistage, peut-être utiles à une époque de sensibilisation, sont reprises d'une manière parfois désolante là où devrait prévaloir un état d'esprit fondé sur le respect de l'autre.

Il s'agit désormais de se montrer attentif à un nombre plus conséquent de « clignotants », qui peuvent prendre la forme de **demandes d'aide explicites ou masquées**. M. Soulé et J. Noël (100) ont tenté d'expliquer la nature de ces clignotants, et, dans le même temps, les indices adéquats pour les repérer. Selon eux, outre les demandes ponctuelles, certaines situations ou certains modes de comportement des parents et des enfants indiquent que l'entourage de l'enfant éprouve des difficultés à intégrer à la fois les exigences de ce dernier, les siennes propres et les contraintes sociales. Il s'agit alors de conduites inadéquates ou inadaptées. C'est en cela qu'elles ont valeur de « clignotants ». La perception de ces clignotants explicites et implicites passe par la reconnaissance de la multiplicité des modalités d'expression de la souffrance psychosociale. *In fine*, quand on parle de d'indicateurs de risque, de clignotants et de demande masquée, l'essentiel est de se souvenir qu'il s'agit bien de signes possibles d'alarme et nullement de symptômes évidents d'une pathologie avérée. La frontière est étroite entre une prévention bien tempérée et une investigation suspicieuse aliénante. Le défi que doivent donc relever les consultants et l'équipe dans son ensemble, c'est d'être simultanément respectueux de la liberté et de la potentialité de chacun et d'entendre, outre les demandes d'aide verbalisées, les demandes d'aide masquées. La liste suivante, organisée de façon chronologique, de la période prénatale à la petite enfance, a été réalisée par M. Soulé.

Période prénatale

- ☐ Antécédents obstétricaux, avortements spontanés ou provoqués.
- ☐ Antécédents psychiatriques (tentative de suicide, drogue, alcoolisme, etc.).
- ☐ Handicap physique.
- ☐ Antécédents personnels (familles dissociées, placement, Aide sociale à l'enfance).
- ☐ Situation actuelle de la mère : femme isolée célibataire, ou en instance de divorce, ou en rupture avec ses parents.
- ☐ Age de la mère.
- ☐ Pas de domicile fixe, ou hôtel, ou mauvaises conditions de logement.
- ☐ Déclaration tardive de grossesse.
- ☐ Grossesses antérieures non suivies.
- ☐ Conditions de vie avec fatigue excessive (travail, trajet, etc.).
- ☐ Antécédents de recueils temporaires (RT) ou autres placements pour d'autres enfants.
- ☐ Aucun projet d'avenir pour l'enfant à naître ni pour son mode de garde.
- ☐ Pas de Sécurité sociale.
- ☐ Demande d'interruption volontaire de grossesse non réalisée du fait, soit de la femme, soit des médecins ou de difficultés pratiques.

Séjour en maternité

- ☐ Recherche et reprise en compte des « clignotants » de la période prénatale.
- ☐ Accouchement prématuré et « couveuse ».
- ☐ Accouchement mal vécu.
- ☐ Mauvaises relations d'emblée avec l'enfant.
- ☐ Dépression et psychose puerpérale.
- ☐ Découverte d'éléments socio-familiaux à risque (pas de domicile fixe, chômage, etc.).
- ☐ Premier accouchement en France d'une femme récemment immigrée et isolée.
- ☐ Pas de visite.
- ☐ Non-préparation de la venue de l'enfant (layette, garde, etc.).
- ☐ Accouchement sous X ou incertitude touchant à la reconnaissance légale de l'enfant.
- ☐ Sortie prématurée de maternité contre avis médical.
- ☐ Prolongement de séjour en maternité pour raisons sociales.

Retour à la maison
☐ Reprise en compte des indicateurs de risque des périodes précédentes. ☐ Femme déprimée. ☐ Femme délaissée depuis la naissance de son enfant. ☐ Soins anarchiques à l'enfant. ☐ Enfant en mauvais état (troubles alimentaires, troubles du sommeil). ☐ Hébergement en Maison maternelle. ☐ Demande de placement de l'enfant (recueil temporaire ou pouponnière). ☐ Demande de secours (allocation mensuelle) au Bureau d'aide sociale. ☐ Désintérêt pour un enfant en service de néonatalogie. ☐ Fratrie mal soignée ou multiplacée.
Fin de congé maternité, garde de l'enfant
☐ Demande de garde tardive, en urgence ou de dépannage. ☐ Demande de placement « recueilli temporaire ». ☐ Demande de garde à plein temps avec secours en argent accompagnant un refus de placement « recueilli temporaire ». ☐ Instabilité du placement. ☐ Demande de secours pour garde. ☐ Maladies à répétition de l'enfant. ☐ Prise régulière de calmants. ☐ Refus de présentation du carnet de santé. ☐ Conflits entre parents et nourrices ou crèches.
Hospitalisation de l'enfant
☐ Hospitalisation prolongée. ☐ Hospitalisations répétées dans des services différents (d'où importance de la tenue et de la présentation du carnet de santé). ☐ Hypotrophie, rachitisme. ☐ Rhinopharyngites à répétition. ☐ Toxicoses. ☐ Troubles fonctionnels graves. ☐ Traces de mauvais traitements actuels ou passés. ☐ Négligences graves dans les soins. ☐ Demande d'un placement sanitaire ou social. ☐ Absence de visites. ☐ Difficultés administratives (pas de Sécurité sociale ou dossier incomplet).

L'**HAS** (24) a effectué une analyse de la littérature qui a permis de lister des situations à risque et de les définir, mais sans parvenir à les hiérarchiser ni à préciser les caractéristiques d'une population à risque. Les **principaux facteurs de risque de maltraitance**, voire de violence envers les enfants, rapportés par Tursz et *al.* (46) dans des travaux sur les traumatismes intentionnels dans l'enfance sont de deux natures : les facteurs propres à l'enfant et des facteurs liés à son environnement. La littérature privilégie cette **approche psychoaffective** dans l'analyse des déterminants des mauvais traitements infantiles. Le mauvais investissement affectif d'un enfant est considéré comme le facteur le plus délétère, aboutissant à de graves troubles du développement psychoaffectif. Ces facteurs de vulnérabilité sont bien plus complexes à repérer que les critères démographiques ou socio-économiques défavorables.

Les principaux facteurs de risque de maltraitance selon Tursz et *al.* (46)

- les **facteurs familiaux** décrits dans diverses études sont multiples : la séparation précoce mère-enfant, la dépression du *post-partum*, le très jeune âge de la mère, la primiparité, le non-suivi de la grossesse, les grossesses multiples et rapprochées, les antécédents psychiatriques dans la famille et plus particulièrement chez la mère, l'alcoolisme, la consommation de drogues, les violences domestiques, en particulier conjugales, l'incarcération d'un des parents, la monoparentalité, l'isolement, la désinsertion sociale, les antécédents de décès, de placement, de mesures éducatives dans la fratrie, les graves difficultés économiques et le chômage ;
- les **facteurs propres à l'enfant** sont principalement la prématurité, l'hospitalisation à la naissance (surtout si la séparation avec la famille est longue), les placements. Le caractère « peu gratifiant » pour les parents (bébé qui pleure beaucoup) n'entraîne pas facilement de sentiment d'attachement. La présence d'un handicap ou d'une maladie chronique (génétique ou non) n'a pas un rôle reconnu de façon claire sinon par le biais de séparations répétées liées à des hospitalisations ou placements itératifs.

Le formulaire **Évaluation de la santé prénatale** (ESP), adapté du questionnaire *Antenatal psychosocial health assessment* (ALPHA) (185, 172), propose une série de **15 facteurs de risque** psychosocial anténatal, associés après l'accouchement à la violence faite aux femmes, à la maltraitance des enfants, à la dépression du *post-partum*, à des dysfonctionnements dans la relation de couple et à un plus grand nombre de pathologies physiques. Ces facteurs sont issus d'une analyse de la littérature complétée de *focus groups* rassemblant des professionnels impliqués en périnatalité.

Les facteurs de risque dans le formulaire *Évaluation de la santé prénatale* (ESP)

- adaptation à la grossesse ;
- changements physiques et psychologiques, attachement au bébé à naître, acceptation du bébé par la famille et le réseau de soutien ;
- soutien à la femme enceinte pendant la grossesse par son conjoint, sa famille, la collectivité (degré d'isolement, manque d'aide pour les tâches quotidiennes ou faire face à des événements stressants, etc.) ;
- stress et anxiété durant la grossesse ;
- changements importants survenus ou à venir ;
- soutien aux pères afin de les aider à intégrer leur rôle de père, à faire un bilan de santé ;
- relation du couple (partage des tâches quotidiennes, modalités envisagées de participation aux soins du bébé, changements dans les relations depuis le début de la grossesse, etc.) ;
- sexualité pendant la grossesse ;
- violences pendant la grossesse ;
- tabagisme ;
- alcoolisme ;
- autres addictions y compris l'automédication ;
- activité physique adaptée à la grossesse ;
- conditions de travail et exposition à un environnement à risque ;
- nutrition avec l'acquisition d'habitudes alimentaires saines.

Des **situations de vulnérabilité** ont été retenues par le groupe de travail de l'HAS (24), suite à l'analyse des instruments d'évaluation des facteurs de vulnérabilité, en complément des données sur les facteurs de risque de maltraitance auxquels les professionnels doivent être attentifs lors du dialogue avec la femme enceinte et son entourage. Toutefois, la hiérarchisation de ces situations n'a pas été possible. La littérature analysée converge vers une démarche de prévention prénatale des troubles de la relation parent-enfant grâce à une évaluation des facteurs de vulnérabilité. La nécessité d'inclure l'évaluation de la santé psychosociale de la femme au suivi prénatal y est soulignée. Les facteurs de vulnérabilité proposés dans les instruments d'évaluation sont nombreux et certains sont délicats à aborder, comme la violence domestique. **Aucun des instruments identifiés dans la littérature n'a été correctement évalué.**

Les situations de vulnérabilité retenues par le groupe de travail de l'HAS :

- les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple ;
- les antécédents obstétricaux mal vécus ;
- la violence domestique, en particulier conjugale ;
- le stress ;
- l'anxiété ;
- les troubles du sommeil ;
- un épisode dépressif durant la grossesse ;
- la dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) ;
- la précarité ;
- la naissance « à haut risque émotionnel » lors de l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Quelques types de situations ou de difficultés sont reconnus comme jouant un rôle étiologique ou favorisant dans les perturbations de la santé tant physique que mentale du jeune enfant : la carence prolongée de soins maternels, la multiplicité des placements et la carence éducative sont maintenant reconnues comme étant à l'origine de troubles sérieux dans le développement mental. Mais la validation de certains signaux d'alarme n'est pas encore établie par tous les personnels, tous les intervenants sociaux. Il faudrait de longues réunions d'équipes intervenant à différents âges de la vie d'un enfant pour que se précisent, en matière « d'hygiène et d'intégrité mentale », toutes les précautions à prendre très tôt, comme c'est désormais le cas pour la santé physique des enfants (109). Mais il faut réaffirmer que les « indicateurs de risque » sont des **repères** et non pas des symptômes d'une pathologie : un seul n'a pas de valeur absolue, plusieurs qui s'ajoutent au cours de périodes successives ou sont retrouvés dans le passé indiquent le risque de victimisation de l'enfant ou de la famille et signalent qu'une aide précoce est sans doute demandée mais de manière masquée. Le rôle des intervenants sociaux est donc non seulement de renoncer à attendre que des demandes explicites soient formulées, mais aussi de s'attacher à reconnaître les multiples modalités selon lesquelles s'expriment une souffrance, un manque, une incapacité, un conflit, une plainte et de les rapporter à leur véritable signification. Non reconnue, l'émergence d'une **demande masquée** réapparaîtra avec insistance sous diverses modalités aux différentes étapes de la vie du très jeune enfant, étapes qui ont successivement pour témoins des intervenants de toutes catégories, mais surtout ceux des consultations prénatales, des maternités, des centres de Protection Maternelle et Infantile, des services de pédiatrie, des lieux d'accueil et de garde.

Les professionnels procèdent peu à l'évaluation de la santé psychosociale des femmes enceintes et des membres de leur famille par manque d'outils pratiques. Françoise Molénat (41) souligne que l'utilisation de grilles de facteurs de risque concernant la sécurité affective des futures mères offre peu d'intérêt avec un risque de stigmatisation des femmes et d'augmentation de leur sentiment de dévalorisation. Les éléments les plus problématiques dans la construction des liens familiaux ne s'y trouvent pas et ne peuvent s'exprimer qu'au travers d'une **authentique rencontre**, bienveillante et prolongée, permettant à la femme et au couple de confier leurs angoisses, les traumatismes antérieurs qui pourraient provoquer des difficultés par la suite. Cet avis est partagé par le groupe de travail de l'HAS qui insiste sur la nécessité de prendre en compte la logique de raisonnement de la femme et de ne pas la culpabiliser au travers de questions fermées. Une rencontre authentique se révèle d'autant plus importante qu'elle permet aux professionnels des services une grande souplesse dans son appréhension des situations et évite qu'ils ne tombent dans le simplisme propre au positionnement idéologique, qui peut prendre deux visages :

- d'une part, la nécessité d'**assurer une aide préventive** sans pour autant l'imposer – ce qui suppose de toujours avoir le souci de la proposer en entrant en contact avec les intéressés, à travers toutes les opportunités ou au moyen de visites à domicile –,
- d'autre part, le souci de **sauvegarder la liberté individuelle**, de laisser les personnes libres de se déterminer à demander ou non de l'aide.

- **Guider la construction de la parentalité sans « formater » les parents**

Comme l'explique F. Molénat dans son ouvrage *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94), un des enjeux essentiels de la prévention est de maintenir la tension entre le désir d'une société de réduire les dépenses de santé ou de maintenir le calme, et celui, légitime, de tout sujet, qui est de s'approprier son destin, assumer ses origines, tenir ouvert l'espace de liberté qui lui permettra d'affronter l'imprévisible de l'existence. Mener de front ces deux objectifs n'est pas chose facile.

G. Neyrand (176) montre d'ailleurs que c'est un défi presque insurmontable. Selon lui, deux conceptions de la prévention coexistent et ont été érigées en modèle. Le premier est plutôt du côté de l'imposition d'un mode de fonctionnement familial classique, tandis que le second, beaucoup moins normatif, laisse s'exprimer la singularité de chaque famille :

- Le premier modèle, classique dans le domaine de la psychiatrie et dans celui de l'action sociale, est un **modèle d'adaptation** de l'individu aux différentes contraintes qui pèsent sur lui, internes et externes. Il est centré sur la dynamique intra-psychique. Cette approche dominante, bien souvent mono-institutionnelle, privilégie le travail sur la mère, véritable pivot de l'intervention et participe à la traditionnelle survalorisation de la relation

mère-enfant, au détriment de l'ouverture à la triade et à l'entourage de l'enfant que le second modèle autorise plus facilement.

- Le second modèle est un **modèle d'expression**, mettant l'accent sur la dynamique inter-psychique, qui correspond beaucoup plus à l'idéal démocratique d'une prévention anormative tendant vers une autorégulation familiale. Porté par une certaine conception de l'accueil et de l'écoute du petit enfant fortement influencée par la psychanalyse, ce modèle trouve son pendant institutionnel dans la promotion du travail inter-institutionnel et inter-professionnel en réseau. Sans doute plus efficace quant à ses effets préventifs à long terme, ce modèle est aussi plus coûteux à court terme, puisqu'il suppose une plus grande attention accordée au psychologique, une mobilisation des acteurs familiaux au-delà du cercle restreint de la dyade et une coordination forte entre professionnels. Il se révèle d'autant plus nécessaire que l'on veut échapper à la logique de fonctionnalisation de la santé mentale, celle qui met en œuvre une démarche d'investigation et de contrôle des processus de parentalisation et qui prend la forme d'une intervention normative auprès des plus démunis. Mais le passage à un tel positionnement préventif suppose un repositionnement théorique et institutionnel sur la question de la prévention précoce capable de s'affranchir d'un modèle social ancien de famille asymétrique pour investir pleinement l'autonomisation des individus.

La mise en place de ce second modèle de prévention suppose un investissement très important des professionnels, qui tient notamment à l'attention qu'ils portent conjointement aux divers membres de la famille. Or, pour pouvoir élargir l'attention à des personnes extérieures à la dyade, il faut que les professionnels échangent les informations qu'ils recueillent, voire travaillent en équipe.

- **La nécessité de travailler en équipe**

Pour F. Molénat (94), si la prévention périnatale ne s'accompagne pas, chez les divers professionnels, d'un souci éthique commun du respect de la subjectivité créatrice des parents, elle sera synonyme de maltraitance institutionnelle qui favorise la répétition délétère alors qu'elle prétend la combattre. Les sujets concernés par cette prévention dédiée exclusivement au dépistage du « négatif » sont des « prévenus » privés d'une écoute empreinte de « prévenance » et de « sollicitude » s'inscrivant dans la longévité. L'expérience et l'évaluation des programmes d'intervention démontrent que « le moteur essentiel paraît être le support identificatoire qu'un professionnel à l'aise dans sa fonction constitue pour les familles dont il s'occupe, ainsi que l'intérêt personnel que l'intervenant puise dans son travail, qui lui permet de mobiliser son énergie de manière durable. » A l'inverse, la vulnérabilité non élaborée des soignants, le malaise dans la communication interprofessionnelle et les luttes de pouvoir intestines privent les praticiens d'une contenance collective cohérente que seule une réflexion clinique du travail en réseau permet

d'envisager progressivement. Si la question princeps : « comment un environnement professionnel peut-il, à son insu, répéter ce qu'ont connu des parents meurtris dans leur propre construction ? » n'est pas posée, la collaboration interprofessionnelle restera bancal. C'est en prenant radicalement ses distances avec une culture de la réparation et en s'ouvrant sur celle de l'anticipation des compétences parentales que la prévention précoce peut advenir en périnatalité. Il s'agit d'un enjeu de taille, d'une véritable question de santé publique.

5- VERS L’AFFIRMATION DE LA PREVENTION COMME ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

5.1 - UN PROBLEME LONGTEMPS NEGLIGE

- **Trop de manques pour une prévention efficace**

Les maternités n'ont pas toujours pris conscience qu'elles représentent un carrefour privilégié pour l'observation du lien parental et la prévention de dysfonctionnements éventuels. Sans doute, comme le souligne le docteur D. Girodet, pédiatre chef de service dans un hôpital parisien et vice présidente de l'Afirem (Association française d'information sur l'enfance maltraitée), parce que « les situations de maltraitance ne font pas appel aux schémas de pensée classiques, ni aux pratiques que requièrent les situations médicales ordinaires. En effet, en ce qui concerne le diagnostic, il n'y a pas de marqueur, pas de symptômes spécifiques ; au niveau thérapeutique, pas de traitements valides ; au niveau préventif, la nécessité d'une action à long terme rend son efficacité beaucoup plus difficile à mesurer que le résultat d'un vaccin » (29). En d'autres termes, les formes de maltraitance périnatale, pour lesquelles la mise en place d'une prévention précoce s'avérerait très efficace, comme nous l'avons vu précédemment (I-4 La prévention précoce), continuent d'être mal dépistées et encadrées, car leur expression est profondément différente de celle d'une maladie proprement dite. Les difficultés que rencontrent les personnels soignants pour repérer ces troubles résultent de deux facteurs principaux :

- le manque de personnel et de moyens financiers,
- le manque de sensibilisation des soignants à ces questions dans leur formation.

Le **manque de soignants et de moyens financiers** pour la prévention en périnatalité est incontestable. Par exemple, M. Dugnat rappelle, dans son ouvrage *Prévention précoce, parentalité et périnatalité* (74) que les départements ont, dans de nombreux cas, de grandes difficultés à répondre à certaines de leurs obligations légales en matière d'encadrement périnatal. Plus de la moitié des départements (source DREES, 1998, citée dans le rapport 2003 de l'IGAS (38)) se situent en dessous des normes minimales d'encadrement fixées par la loi du 18 décembre 1989 (en puéricultrices, sages-femmes et autres types de personnel soignant) et, vingt

ans après le début de la décentralisation, de nombreux départements ne sont toujours pas dotés d'un schéma enfance-famille, pourtant obligatoire depuis 1985. Bien évidemment, si le personnel médical engagé dans la sphère périnatale est insuffisant, il ne peut mener à bien une action préventive, qui nécessite un suivi régulier et personnalisé de chaque situation.

De surcroît, les actions périnatales préventives sont particulièrement peu développées parce que, comme l'a déclaré Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la famille, lors de la présentation de son projet de réforme de la protection de l'enfance (20 juin 2006) (28), « la prévention demeure le **“parent pauvre”** de la protection de l'enfance ». En effet, sur plus de cinq milliards d'euros consacrés chaque année à la protection de l'enfance, seulement 4% sont consacrées à la prévention, alors même que près de 270 000 enfants nécessitent aide et protection au titre de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Outre les manques de personnel et de moyens financiers, le travail de prévention en périnatalité pâtit également du **manque de sensibilisation des soignants** à ces questions lors de leur formation. En effet, le personnel médical est davantage habitué à travailler dans une logique de soin que dans une logique préventive. Or, la frontière entre le soin et la prévention est artificielle. Dans les faits, les cliniciens sont quotidiennement amenés à effectuer de nombreux actes de prévention, mais ils le font de façon trop isolée, insuffisamment inscrite dans une démarche systématisée de réseau, de travail en équipe, et obéissant à des procédures de santé publique. Telle est l'importance des déterminants de santé sociaux et environnementaux, que la santé publique ne peut être l'affaire des seuls épidémiologistes, et que la prévention ne peut être celle des seuls médecins. Comme la santé publique requiert l'apport des sciences humaines, la prévention requiert la coopération du sanitaire et du social, la collaboration du médical et du paramédical.

L'analyse des forces et faiblesses structurelles de la politique de prévention met en évidence deux constats principaux qui, à la lumière des expériences étrangères, semblent aujourd'hui prendre un relief singulier :

- ni leur formation ni leurs conditions d'exercice ne permettent aux médecins de s'investir pleinement dans la prévention ; la complexification des actions préventives requiert des stratégies globales qui ne sont possibles qu'avec le concours d'un grand nombre d'acteurs et de professionnels différents, parmi lesquels le médecin, ou même le professionnel de santé, conserve une légitimité et un rôle majeurs mais non forcément prédominants ;
- la pertinence de la séparation du sanitaire et du social est une illusion technocratique. Or, même si cette séparation n'est qu'illusoire lorsque l'on se réfère aux situations vécues par les familles, il n'en reste pas moins qu'elle existe au plan administratif et institutionnel, ce qui engendre de vraies difficultés pour établir des coopérations efficaces.

Les clivages institutionnels, notamment les **clivages entre sphères médicale et sociale**, tendent à rendre tout travail de prévention irréalisable. En effet, comme on le lit dans le rapport *Santé, pour une politique de prévention durable* (38) publié en 2003 par l'Inspection Générale des Affaires Sociales, « la prévention se situe par construction au carrefour du soin et de la promotion de la santé, du sanitaire et du social, du biomédical et des sciences sociales. » Les déterminants de santé auxquels s'intéresse la prévention sont multifactoriels, et dépendent tout à la fois des conditions de vie, de la situation sociale, du milieu professionnel, géographique, communautaire... Pas plus qu'elle n'est isolable de la dimension clinique de la médecine et du soin dont elle fait partie intégrante, la prévention sanitaire n'est isolable du champ social, où se situent nombre des déterminants sur lesquels elle a vocation à intervenir, et nombre des savoir et savoir-faire qui lui sont nécessaires. Ce rapport de 2003 s'interroge sur la capacité de la prévention, compte tenu des connaissances et les outils multidisciplinaires qu'elle requiert, les temps longs qui sont les siens, les incertitudes inhérentes à sa nature même, à trouver sa place dans un système de santé organisé de fait en fonction des logiques de la réparation, de l'offre de soins, de la spécialisation et de la technicisation médicales, de la régulation à court terme.

- **Des clivages institutionnels**

Les clivages institutionnels mentionnés plus haut ne peuvent, comme nous l'avons vu, qu'empêcher la mise en place d'une action préventive cohérente, puisque celle-ci est, par définition, une action globale. Ce fonctionnement difficile du système institutionnel de la protection de l'enfance est lourd de conséquences : souvent, il se fait le reflet de la souffrance de l'enfant, et instaure une forme de **maltraitance institutionnelle**. De plus, les relais entre les différents professionnels font perdre du temps, alors que bien souvent la notion d'urgence doit aussi être prise en compte. C'est dire que cette logique institutionnelle conduit fréquemment à une prise en charge trop tardive, au point que, dans la plupart des situations, la notion de prévention, entendue au sens de devancer et d'éviter l'apparition de cette inadaptation, de souffrances et de drames, n'est pas toujours prise en considération. En effet, bien souvent, l'enfant accueilli dans les services de la protection de l'enfance, l'est une fois que la crise, le danger, la maltraitance ont eu lieu. C'est ce qu'il convient de modifier par une politique de prévenance précoce. Pour ce faire, il semble qu'il faille progresser en deux sens, comme l'indique le rapport 2003 de l'IGAS (38) :

- dépasser les frontières administratives, d'une part,
- promouvoir la multidisciplinarité, d'autre part.

Il convient tout d'abord de **dépasser les frontières administratives et professionnelles**. En effet, une politique de santé publique est un processus complexe, qui a pour vocation d'agir sur des déterminants multiples : sanitaires, mais aussi socio-économiques, culturels, environnementaux, individuels, mais aussi collectifs. Sa mise en œuvre ne peut s'appuyer, par

construction, que sur des institutions, des professionnels, des savoir-faire variés. L'une des conditions de sa réussite réside dans sa capacité à mobiliser largement, à faire de la diversité des acteurs un atout et une source dynamique.

- La prévention n'est pas un champ autonome de la politique de santé, isolable du soin, curatif ou palliatif. La prévention s'inscrit dans un **continuum**, tout au long duquel sont tour à tour ou simultanément convoqués de multiples modes opératoires : réglementer, informer, éduquer, vacciner, dépister, traiter, accompagner, surveiller.
- Visant à modifier des comportements trouvant pour une large part leurs déterminants dans le domaine social, la prévention n'est pas non plus une discipline strictement sanitaire. Elle nécessite une approche à la fois **globale** et **de proximité**, traversant l'ensemble du champ de la santé et des politiques sociales. Pas plus qu'il n'y a de frontière entre prévention et soin, il ne peut y avoir de frontière entre prévention sanitaire et action sociale.
- Domaine polytechnique par excellence, s'appuyant sur un large éventail de fonctions et de compétences spécifiques – la recherche, la médecine, l'ingénierie, la surveillance, l'alerte, l'évaluation, etc. – exigeant toutes un professionnalisme de haut niveau, la prévention n'est pas un métier, pas une profession. Elle est une démarche, une posture, un état d'esprit, une culture, avant d'être un ensemble de techniques et de moyens d'actions. Il s'avère donc indispensable de promouvoir une **culture partagée de la prévention**, qui inspire la pratique de multiples professionnels et le projet de nombreuses institutions.
- Pour être acceptée et efficace, la prévention doit aussi être porteuse de valeurs dans lesquelles la population se reconnaît. C'est l'objet même de la promotion de la santé, et son principal défi. Cela suppose en effet un délicat équilibre, constamment remis en question par l'évolution de la société, entre les objectifs d'intérêt général et le respect des choix individuels, entre l'obligation et l'incitation, entre les orientations nationales et les préférences locales ou communautaires.

Il est également nécessaire de **promouvoir une dynamique de la multidisciplinarité**, plutôt que de la spécialisation. Une politique de prévention appelle des savoir-faire et des modes d'intervention (action territorialisée, transversale, interinstitutionnelle, pluriannuelle) qui se situent à l'opposé de la culture administrative traditionnelle (fondée sur une logique sectorielle, verticale, spécialisée, annuelle).

- La politique de prévention doit rompre avec les schémas de pensée traditionnels qui font de la santé publique, de la médecine curative et de l'action sociale des champs clos et autonomes. D'où les difficultés de sa mise en œuvre, qui se heurte en permanence aux frontières juridiques, administratives, budgétaires, corporatistes, qui délimitent les champs de compétences des diverses institutions, collectivités et professions.

- La tentation est grande alors de marquer le terrain en créant des actes, des services, des professionnels spécifiquement dédiés à la prévention. On cherchera alors à créer ou renforcer des services de prévention spécialisée (comme la médecine scolaire, la PMI, la médecine du travail, des services d'éducation pour la santé), à faire émerger un « droit à la prévention », à créer des diplômes et des professions de « préventeurs ». Ce n'est pas, à terme, la bonne voie.
- La politique de prévention nécessite certes des compétences et des moyens spécifiques : une démarche de santé publique, qui n'est pas celle de la stratégie thérapeutique individuelle ; des techniques de communication, de conduite de programme, de relation à l'utilisateur, qui ne sont pas celles habituelles de la régulation du système de santé ; bref, une culture et une éthique, qui ne sont pas celles de chacune des disciplines qu'elle sollicite.
- Mais la prévention est avant tout une **démarche**, pas un métier ; une **dynamique de coopération**, pas un secteur administratif. Elle a besoin de professionnels connaissant son langage, ses méthodes, ses finalités, mais ces professionnels peuvent être divers (médecins, infirmiers, psychologues, éducateurs, enseignants, ingénieurs...). Elle a besoin de plates-formes d'animation et de supports de gestion, mais ces structures ne nécessitent pas toujours la création d'un organisme ad hoc ; elles peuvent être alternativement, selon le type d'objectifs ou le type de population visé, celles d'institutions ou de collectivités existantes. C'est la direction la moins spontanément empruntée, mais c'est le pari à relever si l'on souhaite vraiment décloisonner la politique de santé publique.

5.2 - AMORCER UNE POLITIQUE GLOBALE DE SANTE PUBLIQUE : IMPERATIF OU UTOPIE ?

Certes, la promotion des pratiques de prévention dans les rapports de santé publique est un premier pas vers sa mise en application. Cependant, elle est profondément insuffisante, puisque ces textes généraux s'en tiennent à l'énoncé de principes larges, dont la mise en œuvre n'est pas clairement définie. Cette imprécision a une double cause : elle tient à la fois à la nature des rapports de santé publique, qui n'ont pas pour fonction d'entrer dans le détail, et à la nature de la prévention, qui se doit d'être adaptée à la spécificité de chaque cas envisagé. Dès lors, comment mettre en œuvre, en périnatalité, une prévention censée être pensée pour tous, alors que les conditions d'exercice de la parentalité s'avèrent si différentes selon les situations sociales et renvoient à des dispositifs institutionnels différenciés ?

- **Une approche globale pour des cas toujours spécifiques**

Comme l'écrit G. Neyrand dans son article « Paradoxes et perspectives de la prévention » (99), l'une des conséquences du décalage entre l'objectif général abstrait de prévention et les objectifs concrets plus spécifiques est que l'idée d'une prévention précoce suit deux filières distinctes :

Une **filière globale**, énonçant des principes généraux (la nécessité de la déclaration de grossesse par exemple) et **proposant des structures d'accompagnement** (la préparation à la naissance), structures que fréquentent d'abord les parents des **couches moyennes**.

Une **filière spécifique**, s'adressant plus particulièrement aux parents les plus défavorisés, très présente dans les quartiers d'habitat social et la logique hospitalière, qui cherche à **dépister des troubles** éventuels de parentalisation au sein de **populations considérées comme « à risques »**.

L'idée de prévention se trouve ici confrontée à l'accentuation de la dichotomie à laquelle s'affronte la politique de santé mentale depuis sa naissance :

- d'un côté, proposer à des populations socialement bien intégrées des solutions préventives ou thérapeutiques pour parer aux aléas que le fonctionnement relationnel et psychique des familles peut facilement rencontrer dans la période de fragilisation périnatale ;
- de l'autre côté, imposer à des populations précarisées, dont les fonctionnements familiaux sont fragilisés par leurs conditions de vie, un certain nombre de mesures visant au contrôle préventif des processus de parentalisation, sans disposer pour autant d'une véritable capacité d'action sur les conditions de leur précarité.

Dans cette optique, le social ne peut être dissocié du médico-psychologique et nécessite que toute intervention soit pensée aussi dans sa dimension d'accompagnement social. Ce qui rend illusoire la volonté de se préserver de tout choix d'ordre politique quand il s'agit de prévention précoce.

Pour les instances politiques de gestion de la société globale, la prévention des risques sociaux, en l'occurrence ceux qui concernent la relation parentale, met en jeu un objectif de santé publique, qui participe à la fois des valeurs en vigueur dans la société globale (la liberté individuelle, l'égalité parentale, la protection de l'enfant...) et des nécessités de la gestion sociale, articulant des options de politique sociale propres à chaque à chaque gouvernement et la logique

de l'appareil d'Etat et de ses différentes administrations, en la matière celles de la santé, de l'action sociale, de la famille... Dans cette **optique gestionnaire globale**, qui vise à la régulation des troubles sociaux par l'élaboration de dispositifs institutionnels adaptés à l'évolution sociale (par exemple, le secteur et l'intersecteur en psychiatrie, la délégation de l'action sociale aux départements, l'incitation aux réseaux...), la prévention de ces troubles constitue un idéal administratif qui essaie de s'incarner dans une gestion des risques. Mais le risque de cette gestion-là est précisément que s'y évacue la question du sujet. Comment une **approche globale** en termes de réduction de facteurs de risque, qui s'appuie sur la mise en évidence de corrélations statistiques entre l'apparition de troubles de la parentalité et certaines caractéristiques sociales, peut-elle prendre en compte la spécificité des histoires et des positionnements individuels ? Y est sous-jacent tout un ensemble d'interrogations concernant la pertinence de la définition de facteurs de risques et de populations cibles, la disjonction entre la logique médico-psychologique d'expertise concernant des sujets individuels. Ce d'autant plus que le modèle médical prophylactique inspirant la gestion préventive des risques, dont l'illustration exemplaire est le vaccin, ne peut être aussi facilement appliqué par une démarche préventive concernant les troubles relationnels précoces. D'abord parce que ces troubles sont relationnels et impliquent des sujets, ensuite parce qu'ils sont précoces et impliquent des positions généralement en train de se mettre en place, ce que l'on désigne sous le terme de processus de parentalisation.

- **L'émergence de la notion d'« enfant en risque »**

Il est clair que la notion de facteur de risque, même si elle pose problème dans le cadre de tout travail préventif, est indispensable à la mise en œuvre d'une action différenciée, adaptée aux carences plus ou moins importantes des familles. L'affirmation de cette notion s'effectue notamment au travers de l'émergence de celle d'enfant en risque, qui prend à la fois en compte à la fois les dimensions de risque et de vulnérabilité familiale.

La notion d'enfant en risque se distingue, selon le rapport de la « Mission d'information sur la famille et les droits des enfants », présenté à l'Assemblée Nationale en janvier 2006, par P. Bloche et V. Pecresse (29), de celle d'enfant maltraité. Leur regroupement forme l'ensemble des enfants en danger. Selon les définitions du guide méthodologique de l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée,

- **un enfant maltraité** est un enfant victime de violences physiques, d'abus sexuels, de violences psychologiques, de négligences lourdes, ayant des conséquences sur son développement physique et psychologique ;
- **un enfant en risque** est un enfant qui connaît des conditions d'existence risquant de compromettre sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, sans pour autant être maltraité.

Le **signalement d'enfants en danger** connaît actuellement une croissance notable (29) : avec 95 000 signalements, les Conseils Généraux ont enregistré en 2004 la hausse la plus forte depuis plusieurs années (6 000 enfants en plus par rapport à 2003, soit une évolution annuelle de près de 7 %). Cette forte croissance confirme la hausse déjà constatée en 2003 (3 000 enfants en plus par rapport à 2002, soit une évolution annuelle de 3,4 %). Il convient par ailleurs de rappeler que la stabilisation constatée en 2002 succédait à une hausse régulière depuis la mise en place de l'observation des signalements. Ces enfants ne sont pas maltraités, mais leur situation nécessite bien une intervention, qui doit être multidimensionnelle. En effet, même si les professionnels identifient un risque principal, ces situations correspondent généralement à un cumul de différentes problématiques : précarité sociale, précarité relationnelle, précarité psycho-affective, précarité scolaire, précarité économique, etc.

Du fait du caractère multidimensionnel des difficultés qui peuvent affecter ces enfants, il est très délicat d'établir un seuil à partir duquel on peut les qualifier d'enfants en risque. Il est pourtant indispensable d'essayer de mettre au point une méthodologie susceptible de les repérer, ne serait-ce que pour éviter qu'ils ne soient l'objet d'une maltraitance potentielle. Les **carences éducatives** des parents semblent être un facteur de danger essentiel : elles ont concerné 47 500 enfants en 2004, soit 50 % des enfants signalés. Cette situation renvoie à la difficulté à assumer la fonction parentale, dans ses dimensions éducative et socialisante. Elle est liée à une forme de précarité relationnelle (isolement social) et d'immaturité (manque de repères) qui touche de plus en plus de familles. Si ce facteur est essentiel, il ne suffit pourtant pas à définir l'enfance en risque : il conviendrait donc de rechercher de manière plus poussée les éléments qui entrent en jeu.

C'est à cette tâche ardue que s'est attelée la **PMI du Pas-de-Calais**. Cette initiative est décrite par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), dans son rapport de 2003 sur « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » (39), publié suite à des investigations dans trois régions : le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et la Bretagne. La PMI a mis en place des indicateurs de prévention, et toute combinaison d'un public prioritaire et d'un facteur de risque entraîne le passage en commission de prévention précoce.

- **Les publics prioritaires** identifiés par le Conseil Général sont : les mineures enceintes, les primipares au foyer sans profession, les bénéficiaires du RMI ou des *minima* sociaux avec des enfants. La situation de la famille peut également être examinée en commission de protection sociale.
- **Les indicateurs de risque** concernent l'enfant, les parents ou les substituts parentaux. Les indicateurs prennent en compte le développement physique de l'enfant ainsi que des indicateurs relatifs à sa santé psychique. Sont pointés, le repérage des troubles du comportement, les difficultés en rapport avec l'alimentation, les troubles du sommeil et de

l'endormissement, les troubles du contrôle sphinctérien, les actes auto-agressifs et les dépendances. Le questionnaire cerne également les comportements déviants de l'enfant (actes délictueux, appartenance à une bande marginale, fugues, violence). L'adaptation scolaire est notée, que ce soit l'absentéisme, l'échec scolaire ou les troubles de l'adaptation à la classe. Dans un deuxième temps, les indicateurs de risques relatifs aux parents ou aux substituts parentaux sont également recensés. Grâce à ce questionnaire, la PMI cherche des indicateurs témoignant de la difficulté à intégrer l'arrivée de l'enfant : séparation à la naissance, grossesses répétées rapprochées, grossesse déclarée tardivement ou non déclarée, grossesse issue d'un viol, demande d'IVG non aboutie, etc.

Cet outil commun est utilisé, notamment, dans le cadre d'un bilan qui est systématiquement proposé à tous les enfants âgés de 4 ans. Il est réalisé par le personnel de la PMI à l'école maternelle et a pour objectif de voir tous les enfants de cette tranche d'âge, avec un taux qui avoisine actuellement 87 %. La PMI effectue le suivi des recommandations faites aux parents. Dans la majorité des cas, les parents donnent suite aux prescriptions. La mission de l'IGAS a considéré cette approche méthodologique de prévention sanitaire globale, étayée par des outils simples, mais complets et partagés par tous, comme un bon exemple de prévention réussie.

Constatant les enjeux d'une action préventive réussie en périnatalité, et plus encore d'une action préventive précoce, l'Etat cherche à promouvoir, suite à plusieurs missions préparatoires, la mise en place systématique d'un **entretien prénatal précoce** susceptible de mettre en lumière, le plus tôt possible, d'éventuelles vulnérabilités et d'apporter ensuite une aide adaptée aux familles.

DEUXIEME PARTIE

L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE, PORTE D'ENTREE DANS LA PRAVENTION

1- DES PROPOSITIONS AUX DECISIONS POLITIQUES

Ces cinq dernières années, la périnatalité a fait l'objet de nombreux débats et rapports, qui ont permis de faire remonter auprès des responsables de la politique de santé des propositions élaborées sur le terrain, dans le cadre de pratiques innovantes. Les rapports des diverses missions initiées par les Ministres de la Santé, des Affaires sociales, ou par leurs services, ont servi de références dans l'élaboration des Plans Périnatalité (2005-2007) et Psychiatrie et santé mentale (2005-2008).

Le 6 juin 2003 se sont tenus à Paris les premiers **Etats Généraux de la naissance**, convoqués par le Collège national des gynécologues-obstétriciens (CNGOF) : ils ont ouvert un débat fructueux entre professionnels et usagers, et suscité le regroupement d'association d'usagers dans le Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE). Ces Etats Généraux ont permis de faire un état des lieux, de traiter de l'« impossible ? » - équilibre entre sécurité et proximité ainsi que de la place des différents professionnels de la naissance. Parmi les propositions consensuelles exprimées au terme de la journée, on note l'importance accordée à la personnalisation des soins, qui doit être une priorité ; la nécessité de soutenir l'offre de soins en périnatalité, particulièrement en termes de postes de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices et de médecins ; le souci de développer les réseaux, pour éviter l'isolement et les insuffisances majeures de communication constatées entre les différents professionnels de la naissance et entre les professionnels et les usagers. Le CIANE, qui compte actuellement 134 associations membres, a organisé à Châteauroux, en septembre 2006, les deuxièmes Etats Généraux de la naissance.

Les rapports publics traitant de la périnatalité reflètent la diversité des approches professionnelles et expriment le souhait de les faire converger ; pilotés selon les cas par des psychiatres, pédopsychiatres, gynécologues-obstétriciens, pédiatres ou inspecteurs des affaires sociales, ils ont été construits sur la base de nombreuses auditions. Ces rapports, préparant le Plan Périnatalité 2005-2007, sont particulièrement nombreux depuis 2002, comme en témoigne la liste suivante.

- **Promouvoir la santé mentale périnatale**, rapport de Jacques Dayan au cabinet du Ministre de la Santé, 2002 (34);
- **La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents**, rapport de C. Trouvé, P. Vienne et B. Marrot, qui est une des composantes du rapport annuel de l'IGAS, 2003, *Santé, pour une politique de prévention durable* (38);
- **Agir aux racines de la violence**, rapport de la mission Clery-Melin sur Violence et santé, mars 2003, qui préconise de mettre en place dans les maternités des unités d'accompagnement psychologique pendant la grossesse et lors de l'accouchement, ainsi que des unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielles (32);
- **Rapport de la Mission Périnatalité**, septembre 2003 (G. Bréart, F. Puech, J.C. Rozé), qui propose une nouvelle politique périnatale, reposant sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque (31);
- **Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale**, rapport d'étape de la mission Clery-Melin, octobre 2003, qui soutient que le développement de la santé périnatale doit constituer une priorité pour une pédopsychiatrie maintenue et développée (33);
- **Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité**, rapport de F. Molénat, janvier 2004, dans le cadre de la mission confiée par la Direction de l'Hospitalisation et des Soins (41). Ce rapport préconise le décloisonnement des acteurs et des structures impliqués dans le champ de la périnatalité.

En 2006, deux rapports reprennent les interrogations déjà amorcées avant la mise en place du Plan périnatalité 2005-2007 :

- **Rapport de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants**, (P. Bloche, Président, et V. Pecresse, Rapporteuse), Assemblée Nationale, janvier 2006. Avec pour fil directeur l'intérêt de l'enfant, le rapport traite notamment du droit de l'enfant à être protégé (29);
- **Périnatalité et parentalité**, rapport de Marie-Thérèse Hermange, Sénateur de Paris à Philippe Bas, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, février 2006 (35). Ce rapport fait le constat que « la politique d'accueil du nouveau-né est à parfaire ». Il débouche sur des recommandations visant à construire « une politique de périnatalité développementale et sociale ».

De ces rapports, outre les orientations générales qu'ils préconisent, je retiendrai surtout les éléments qui touchent à l'entretien prénatal précoce et au travail en réseau.

1.1 – DES MISSIONS PREPARATOIRES

- ***La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents***

En février 2003, l'**Inspection Générale des Affaires Sociales** (IGAS) a publié un rapport sur « La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » (39), à la suite d'investigations menées dans trois régions : le Nord Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et la Bretagne. La mission s'est appuyée sur la vaste documentation disponible et sur des entretiens menés, aux niveaux national et régional, avec les représentants des institutions concernées, des personnes ressources et des professionnels engagés dans les actions de prévention (Education Nationale, secteur associatif, représentants des secteurs de pédopsychiatrie, etc.). Dans ce rapport, elle présente ses principaux constats et formule huit recommandations.

Les constats

1. Les travaux menés au cours de la période récente sur la santé des jeunes apportent des données précises et débouchent sur des conclusions convergentes
2. La dynamique créée par les programmes régionaux de santé (PRS) en faveur des enfants et des adolescents ne peut suffire à compenser les faiblesses des services de santé primaire
3. La santé mentale, dimension essentielle de la santé publique, est insuffisamment prise en compte dans les dispositifs de santé primaire
4. Les facteurs psychologiques et sociologiques ne sont pris en compte ni précocement ni systématiquement dans le dispositif de santé primaire
5. La complexité du système régional de pilotage est une source de difficultés

Les recommandations

1. Inscrire comme une des priorités nationales, dans la loi quinquennale relative à la prévention, l'effort en faveur des enfants et des adolescents
2. Faire du soutien aux parents un des axes majeurs de la politique de la famille
3. Créer les conditions d'une participation active d'un plus grand nombre de médecins libéraux (généralistes et pédiatres) aux réseaux de prévention sanitaire
4. Accélérer la mise en œuvre du plan de santé mentale et préparer un plan de rattrapage dans le secteur de la pédopsychiatrie
5. Conforter la mission de l'éducation nationale dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention sanitaire et de l'apprentissage de la citoyenneté
6. Associer la prévention sanitaire à la prévention sociale pour lutter efficacement contre la délinquance

7. Soutenir prioritairement les programmes régionaux de santé développant une approche globale de la santé des jeunes et s'intégrant au travail en réseau
8. Développer le rôle d'appui méthodologique de l'INPES en matière de promotion de la santé et de prévention sanitaire en faveur de la jeunesse

- ***Agir aux racines de la violence***

La **Mission sur Violence et Santé**, effectuée à la demande du professeur J-Fr. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, par Ph. Clery-Melin, V. Kovess et J-Ch. Pascal, a débouché sur le rapport *Agir aux racines de la violence* (mars 2003) (32) et constitue une contribution à l'élaboration de la loi d'orientation de santé publique. L'objectif était de « recenser les problèmes de santé mis en jeu par les phénomènes de violence, de maltraitance, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique ». Les rapporteurs proposent « une approche de santé publique mettant en avant la prévention ; la violence étant présente dans des contextes très variés : petite enfance, école, ville et lieux de circulation, milieu de travail, lieux de soins, maisons de retraite, famille, etc., elle ne peut se combattre que par une approche coordonnée de toutes les personnes à même d'intervenir dans tous ces contextes, et, au plus haut niveau, implique une politique interministérielle. »

Le rapport présente des **recommandations générales** :

- instaurer une série de mesures qui permettent un décloisonnement des professionnels, condition essentielle du travail en équipe, notamment la mise en place de formations conjointes et de réunions autour de présentations de cas,
- informer et former les professionnels,
- instaurer les « démarches de qualité » et l'accréditation des structures y compris des structures médico-sociales et sociales,
- élaborer des pistes pour la recherche, pour l'action et pour la recherche-action.

Il préconise des **mesures spécifiques en faveur de la petite enfance** (rappelant qu'il est indispensable de protéger et développer les moyens de la pédopsychiatrie) :

- mettre en place, dans les maternités, des unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement. « De l'enveloppe protectrice ainsi tissée à la maternité, à l'enveloppe constituée par le réseau d'aide à la parentalité, pourrait ainsi se construire une continuité de prise en charge des familles en situation de vulnérabilité, rapprochant l'ensemble des acteurs au sein du bassin de vie » ;

- mettre en place des unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielle, qui auront pour mission d'évaluer l'état clinique de la femme enceinte et/ou de la mère et du nourrisson sur son lieu de vie, de procéder à une prise en charge psychiatrique et de renforcer la réflexion sur la dynamique de prise en charge pluridisciplinaire, ainsi que de proposer les orientations nécessaires vers les structures des inter-secteurs et de psychiatrie générale ;
- développer des lieux d'écoute et d'aide à la socialisation, en particulier renforcer les moyens des PMI, continuer d'ouvrir des « Maisons Vertes », augmenter le nombre de places en crèche et renforcer la formation des assistantes maternelles et leur supervision, évaluer la pertinence de l'entrée en maternelle à 2 ans, soutenir et renforcer la formation des familles accueillant les placements familiaux sociaux.

Pour agir **contre la maltraitance dans la petite enfance et l'enfance**, le rapport propose notamment de :

- renforcer la place et le rôle des parents dans les processus de décision et d'accompagnement, en acceptant et travaillant leurs désaccords de façon systématique, en promouvant leur rôle actif, en développant les « staffs de parentalité » au niveau des maternités, en aidant à la constitution de réseaux de soutien à la parentalité, pluridisciplinaires, transversaux, intersectoriels, centrés sur la prévention et la protection de l'enfant ;
- mieux définir le rôle des professionnels de l'accueil et du soin ;
- développer une culture fondée sur l'estime mutuelle et la volonté de rencontre (tout regard négatif, tout propos disqualifiant portés *a priori* sur un enfant, un parent, un professionnel sont potentiellement maltraitants. L'utilisation inconsidérée de "grilles de risques" grossièrement validées, la psychologisation systématique des actes et des propos, la non-explicitation des tenants et des aboutissants des décisions prises sont autant de "méthodes" professionnelles qui tiennent abusivement enfants et parents) ;
- mettre en œuvre dans l'institution une politique d'accueil et de soins à la finalité fondamentalement "bienveillante" ;
- engager au niveau départemental une politique unifiée de l'enfance, réunissant, sous l'égide du Conseil Général, les institutions de l'enfance et le secteur associatif ;
- créer des lieux de proximité : points d'écoute santé, maisons d'aide à la parentalité (en lien avec les staffs de parentalité au sein des maternités et les structures d'accueil, et favorisant le rapprochement des acteurs afin de donner sécurité aux parents), carnet de suivi de santé du petit enfant à l'adolescent.

- **La Mission Périnatalité**

La Mission Périnatalité, effectuée à la demande du professeur JF. Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, par les professeurs G. Bréart, F. Puech et JC. Rozé, (respectivement gynécologues et pédiatre) s'est conclue, en septembre 2003, sur vingt propositions pour une politique périnatale (31). Dans le but de poursuivre les progrès déjà réalisés en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile, les rapporteurs proposent une nouvelle politique périnatale, et non une adaptation de l'ancienne, la nouvelle politique reposant sur une prise en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque. On ne retiendra ici, dans l'ensemble des propositions, que les éléments qui se rapportent plus spécifiquement au suivi personnalisé et à l'entretien périnatal.

Les vingt propositions

1. Proposer une nouvelle politique périnatale

Les professionnels de la naissance doivent modifier leurs pratiques, non pas en les démedicalisant, mais en abandonnant des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normaux. Ces techniques peuvent avoir, dans ces circonstances, des effets iatrogènes ; elles peuvent en tous cas éloigner la future mère de la notion du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance. Il faut souligner l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal étant un suivi allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement.

2. Permettre à la femme d'élaborer un projet de suivi de grossesse et de naissance

Il convient de repérer dès le début de la grossesse le caractère à bas ou à haut risque obstétrical, pour orienter la patiente vers une structure adaptée, en lui donnant une information éclairée sur l'offre de soins périnataux.

3. Assurer une prise en charge psychosociale

L'organisation des soins doit dépasser les soins purement médicaux pour s'ouvrir au psychosocial. La consultation du 4ème mois, qui est en réalité un entretien, est un outil de dépistage majeur car il est une ouverture du dialogue, crée un climat de confiance et ainsi permet de dépister toute forme d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le "lien parent-enfant" mais aussi sur la pathologie de la grossesse. Les sages-femmes sont les mieux préparées à cet entretien.

Cet entretien doit permettre si nécessaire "d'activer" le réseau avec le gynécologue-obstétricien, le médecin généraliste, la PMI, le psychologue, les travailleurs sociaux, etc. C'est dès ce moment qu'il convient de prendre contact avec les réseaux locaux de prévention : Département, Caisse d'Allocation Familiale, Caisse Régionale d'Assurance Maladie, pour aider, s'il le faut, à récupérer les droits sociaux - ce qui est souvent le cas dans des situations de précarité.

Cette consultation permet de préparer et d'organiser le post-partum. La plupart des problèmes survenant dans le post-partum peuvent être anticipés par la connaissance des facteurs d'insécurité présents dès l'anténatal.

C'est pendant la grossesse qu'il faut sensibiliser, organiser, coordonner, créer des liens sécurisants et ce, dans la continuité. Le post-partum, qu'il soit de deux jours, de sept jours ou plus, sera toujours trop court pour entreprendre les démarches si on n'en a pas eu connaissance en *ante-partum*.

Cette continuité est le mot clé de la réussite, comme la sage-femme est l'acteur central, le pilote, l'animateur du réseau.

Il est donc nécessaire de donner les moyens de mettre en place effectivement cette consultation du 4ème mois.»

4. Assurer une prise en charge psychosociale

5. Adapter les décrets de 1998 et préciser leur mise en oeuvre

6. Planifier et anticiper les restructurations

7. Répondre aux besoins de proximité

8. Renforcer le fonctionnement en Réseau

Les décrets de 1998 ont accéléré la formalisation des réseaux inter-hospitaliers. Ce travail en réseau a contribué à améliorer la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, en améliorant les conditions et l'organisation de ces transferts en facilitant la communication et en évitant l'isolement des professionnels participant au réseau. Mais les réseaux doivent non seulement réguler la coopération inter hospitalière public-privé dans le domaine de la périnatalogie mais couvrir également l'amont et l'aval, c'est-à-dire l'organisation du suivi de grossesse en amont, le suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale et à risque de développer un handicap en aval. Amont et aval couvrent également le dépistage et la prise en charge du risque psychosocial. Amont et aval ne peuvent reposer que sur un réseau ville-hôpital puisque de nombreux acteurs intervenant en amont et en aval de l'accouchement n'appartiennent pas aux structures hospitalières comme c'est le cas de la PMI.

L'organisation en réseau engendre un surcoût lié au fonctionnement et qu'une structure minimum légère est indispensable, qui doit comprendre un secrétariat, un coordinateur, et probablement un administrateur si l'on souhaite faire jouer un rôle de régulateur financier à ce réseau de périnatalité.

9. Organiser le transport des mères et des nouveau-nés

10. Mieux ajuster l'offre de soins en néonatalogie et en obstétrique

11. Redéfinir les métiers de la périnatalité

Les rapporteurs proposent de revoir les rôles respectifs des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes, des anesthésistes-réanimateurs, des pédiatres, des puéricultrices et des médecins généralistes. Il est important que s'organise de façon coordonnée le développement de réseaux ville-hôpital pour le suivi de la grossesse. Cette mise en place devrait permettre le développement de la communication et de restaurer la place du médecin de famille.

12. Améliorer la place de l'usager dans le système de soins périnataux

Il est fondamental que les femmes enceintes et leur partenaire aient un rôle actif dans le choix de leur filière de soins, du lieu de leur accouchement et de l'organisation du post-partum.

13. Gérer le risque en périnatalogie

14. Proposer un financement propre à la néonatalogie

15. Mettre en place un dossier de suivi

L'organisation des soins en réseau implique, pour chaque professionnel, complémentarité et partage d'informations. Ce partage d'informations est essentiel pour éviter la discontinuité des soins. La femme doit être la dépositaire de l'information concernant elle-même et sa grossesse.

16. Evaluer la politique et les pratiques néonatales

Constatant qu'en France, le système d'information dans le domaine de la santé périnatale est très pauvre en comparaison d'autres pays européens, les rapporteurs proposent de procéder à intervalle régulier à une enquête nationale périnatale, de mener une évaluation des politiques dans le domaine périnatal au niveau national et régional et au niveau des réseaux, enfin de créer « un observatoire épidémiologique en périnatalité ou son équivalent au sein des institutions existantes (INVS, DREES), afin de mieux garantir la cohérence. L'évaluation des pratiques devrait faire partie des priorités de recherche.

17. Développer la recherche

18. Mettre en place un suivi et une prise en charge à long terme pour les nouveau-nés à risque

19. Proposer un guide méthodologique pour la recomposition

20. Mettre en place un plan périnatalité

Il apparaît que des modifications importantes de la politique périnatale doivent être mises en place. Un plan périnatalité, pluriannuel, devrait être bâti pour assurer la cohérence entre les différentes mesures proposées. La discussion du contenu et le suivi pourraient être faits par la commission nationale de la naissance qui devrait comprendre, outre des représentants des professionnels, des représentants des usagers.

- ***Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale***

Le rapport d'étape de la mission Clery-Melin, préparé par P. Clery-Melin, V. Kovess et JC. Pascal et remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 15 octobre 2003 (33), part du constat que la discipline psychiatrique est à ce jour dans une passe relativement problématique : qu'il s'agisse de la délimitation de ses tâches, de l'organisation de l'offre de soins, des évolutions du recours au soin, des populations concernées, de la gestion des inégalités de répartition des moyens humains et matériels, de la communication de son image. Le rapport propose un plan d'actions défini selon sept axes prioritaires.

Plan d'actions

1. Réorganiser l'offre de soins en première ligne et sensibiliser le public à la prévention en santé mentale et au bon usage des soins
2. Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie, donner un cadre propice à l'efficience, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants
3. Mieux dépister et mieux traiter les troubles psychiques des enfants et des adolescents, promouvoir leur santé mentale
4. Doter la santé mentale d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées
5. Réformer l'espace médico-judiciaire
6. Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale en initiant l'évaluation des pratiques
7. Développer la recherche en psychiatrie

- ***Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité***

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) a confié au docteur Françoise Molénat, pédopsychiatre au CHU de Montpellier, « une mission centrée sur les modalités de collaboration entre les acteurs du champ psychique et les acteurs en périnatalité, au moment où l'enfant construit sa sécurité de base et où un homme et une femme construisent leur identité parentale ». L'objectif était d'identifier à la fois les besoins des familles et ceux des professionnels concernés. Le rapport de mission s'appuie sur des entretiens individuels avec des

professionnels (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres...) et sur les réflexions du groupe de travail mis en place à cette occasion (41).

Partant du constat qu'à l'évidence, « apprendre à travailler ensemble n'est encore qu'un objectif à atteindre, qui bute sur de nombreux obstacles, malgré des avancées instructives ici ou là », la mission a centré l'analyse sur quatre points essentiels :

- la collaboration médico-psychologique en périnatalité,
- l'animation des réseaux de soins autour de chaque famille,
- la formation psychologique des acteurs de la périnatalité,
- la formation des psy à la clinique périnatale et au travail en commun.

Sans chercher à masquer les points d'achoppement voire de conflit, mais en s'appuyant sur les éléments de consensus, le rapport débouche sur seize propositions.

Propositions

1. Ouvrir le dialogue tôt dans la grossesse
2. Mettre en place un entretien prénatal par une sage-femme (ou un médecin) vers le 4^{ème} mois
3. Définir les objectifs, l'esprit et le contenu de cet entretien, ainsi que la formation nécessaire
4. Réaliser un état des lieux quantitatif et qualitatif des moyens psychologiques et psychiatriques sur chaque terrain (par l'intermédiaire des CRN, en s'aidant d'un questionnaire)
5. Rendre lisibles les collaborations médico-psychologiques en maternité et pédiatrie néonatale (sortir de la bonne volonté et de l'aléatoire)
6. Augmenter la présence psychologique en maternité là où elle s'avère insuffisante
7. Affiner les conditions d'exercice des psychologues en maternité : profil de poste, recrutement sur avis des divers services concernés, formation
8. Assurer la continuité des soins et protéger le psychologue de l'isolement par une articulation lisible avec les secteurs de pédopsychiatrie
9. Confronter et évaluer les divers modes d'intervention psychologique/psychiatrique à l'aide d'études prospectives pluricentrees
10. Développer et diffuser une « clinique du travail en réseau » à visée psychologique, intégrant l'ensemble des places professionnelles
11. Impulser des réseaux d'aide psychologique régionaux par l'intermédiaire des CRN (ou du Réseau périnatal régional) et de la télémédecine

12. Evaluer la part du travail dit « indirect » ou de 2ème ligne qu'exige le soutien des équipes soignantes dans le registre émotionnel et le rendre lisible administrativement
13. Développer une meilleure cohérence et un esprit de « réseau » par des formations adéquates (inter-services pour l'intra-hospitalier, inter-institutions, ville-hôpital)
14. Décloisonner les budgets de formation des centres hospitaliers, des conseils généraux, du secteur libéral pour l'analyse des dossiers difficiles « en réseau »
15. Intégrer le secteur libéral dans la politique de prévention en promouvant des montages originaux conformes aux décrets sur le réseau : unités mobiles, pôles-ressource...
16. Mettre en place un groupe de recherche sur la formation des psychologues et psychiatres pour un exercice original : animation des réseaux personnalisés autour des familles vulnérables, transmission aux soignants d'outils relationnels pertinents...

- **Rapport de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants**

La Mission d'information sur la famille et les droits des enfants, créée en décembre 2004 par la Conférence des Présidents de l'Assemblée nationale, s'est donné comme fil directeur l'intérêt de l'enfant. C'est donc à partir des droits de l'enfant, et plus particulièrement des normes internationales adoptées pour les garantir, que la Mission a examiné l'évolution de la famille. Elle a emprunté à la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, élaborée par les Nations unies, les deux directions qui ont servi de trame à ses travaux : le droit de l'enfant à une famille, d'une part, le droit de l'enfant à être protégé, d'autre part, si bien qu'il faut s'efforcer de trouver un équilibre entre le respect de la sphère privée et les garanties que la société doit apporter à tout individu, et en particulier aux plus fragiles.

Le rapport (29) s'organise en trois grandes parties :

- L'enfant face à l'évolution de la famille : droit de l'enfant contre droit à l'enfant
- Le droit de l'enfant à une famille
- Le droit de l'enfant à être protégé

C'est cette dernière partie qui traite le plus directement des questions relatives à ce travail de thèse, en abordant successivement :

- L'enfance en danger : un phénomène mieux connu
- La prévention et la détection de l'enfance en danger
- La prise en charge des enfants et de leur famille
- L'organisation du dispositif de protection de l'enfance

La Mission conclut qu'il semble essentiel de réorienter le suivi de la grossesse pour tenir compte de sa dimension psychique, afin de répondre non seulement aux préoccupations médicales des futures mères mais aussi à leurs interrogations plus fondamentales sur leur fonction parentale. Ce suivi de la grossesse doit être aussi l'occasion de détecter les risques du trouble de l'attachement. La Mission propose donc de renforcer le suivi prénatal en donnant tout son sens à l'**entretien du quatrième mois** de grossesse.

Sur les 100 propositions formulées par la Mission en conclusion de ses travaux, les 38 dernières s'inscrivent dans la rubrique « Protéger l'enfant ».

Protéger l'enfant

1. Renforcer la prévention et la détection de l'enfance en danger
 - a. Anticiper le dépistage dès la grossesse
 - b. Améliorer les procédures de détection
 - c. Partager les informations
 - d. Garantir le suivi des familles détectées
2. Améliorer la prise en charge des enfants et de leur famille
 - a. Clarifier les critères de prise en charge
 - b. Revoir les modalités de la prise en charge
3. Clarifier l'organisation du dispositif de protection de l'enfance
 - a. Renforcer la cohérence de l'action des départements
 - b. Moderniser le fonctionnement des juridictions pour enfants
 - c. Renforcer les contrôles et harmoniser les pratiques des départements

• Périnatalité et parentalité : rapport de mission de M-T. Hermange

Le rapport remis par M-T. Hermange au Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille, et qui s'intitule *Périnatalité et parentalité* (35), se réfère au consensus des experts sur la nécessité d'accueillir l'enfant dans toutes ses dimensions, en portant une attention toute particulière au temps de la mise au monde, mais aussi à la façon dont notre société soutient et « enveloppe » avant, pendant et après la naissance, l'enfant et ses parents. « Au-delà d'une approche strictement organique de la maternité et de la mise au monde, il est important de compléter le suivi médical de la grossesse pour mieux tenir compte de la dimension psychique de celle-ci. Autrement dit, il est nécessaire de répondre aux préoccupations médicales des futures mères, mais aussi de prendre en considération les risques

induits par les troubles de l'attachement qui peuvent conduire à des carences relationnelles et avoir des conséquences ultérieurement tant sur les parents que sur le devenir des enfants. Le constat fait par le rapporteur est que « notre politique d'accueil du nouveau-né est à parfaire », comme en témoignent les indicateurs épidémiologiques, les disparités dans l'offre de soins périnataux, le suivi insuffisant des suites de couche, et tout particulièrement dans les situations à risque, pour lesquelles il convient de mettre en place une politique de prévention précoce.

Le rapporteur préconise donc d'**impulser une politique de périnatalité sociale et développementale**, et de prêter une attention toute particulière à des situations de vulnérabilité qui peuvent advenir dès la naissance et fragiliser enfants et parents. Elle formule en ce sens dix-sept recommandations regroupées suivant les périodes de la périnatalité.

Recommandations

Le temps de l'attente

1. Systématiser l'entretien du quatrième mois
2. Renforcer la collaboration entre les équipes de PMI et les structures hospitalières
3. Développer des staffs de parentalité au sein des maternités
4. Constituer des staffs intermaternités et des réseaux régionaux de périnatalité
5. Développer les consultations de tabacologie, d'addictologie et d'alcoologie dans les maternités

Le temps de la naissance

6. Enrichir et développer le concept des hôpitaux amis des bébés
7. Créer des « maisons des bébés et des parents » dans chaque maternité
8. Accroître le nombre des unités mère-enfant
9. Soutenir les parents qui ont un enfant différent des autres

Le temps de l'accompagnement

10. Savoir exprimer par des mots la confiance et l'accueil
11. Bien se nourrir pour bien grandir
12. Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile
13. Créer des unités de soins mobiles parents-bébés
14. Développer davantage le dispositif des femmes-relais
15. Promouvoir d'autres relais d'accueil de la petite enfance
16. Instituer des « staffs de parentalité » dans toutes les structures dédiées à la petite enfance
17. Lancer des assises nationales de la périnatalité

1.2 – DES PLANS DE SANTE PUBLIQUE

- **Le Plan Périnatalité 2005-2007 : *Humanité, proximité, sécurité, qualité***

A la suite du rapport de la Mission Périnatalité (présenté plus haut), le Ministre de la Santé et de la Protection sociale, Philippe Douste-Blazy, a décidé de mettre en œuvre un plan d'action ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Ce plan, intitulé « Humanité, proximité, sécurité, qualité » (18) est assorti de moyens importants (270 millions d'euros sur 3 ans). Il doit permettre d'atteindre, en 2008, les objectifs fixés par la Loi relative à la politique de Santé publique : réduire, d'une part, la mortalité périnatale de 15% (en passant de 6,5 à 5,5 décès pour 1 000 naissances) et, d'autre part, la mortalité maternelle de plus de 40% (en passant de 9 à 5 pour 100 000). Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance. Il privilégie la participation des usagers à l'élaboration de la politique périnatale, à travers la création d'une Commission nationale de la naissance, qui fédérera les commissions régionales de la naissance.

Les **principaux axes** du Plan Périnatalité consistent à assurer :

1. Plus d'humanité

- par la mise en place d'un « entretien individuel du 4^{ème} mois »
- par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance
- par la participation des usagers
- par une information complète et continue (au sein des réseaux de périnatalité ; grâce à un carnet de santé de la maternité intégré au dossier médical personnel ; grâce à une meilleure connaissance du parcours des usagers)
- par un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité
- par l'accompagnement spécifique des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante
- par un suivi et une prise en charge à long terme des nouveau-nés en risque de développer un handicap
- par une prise en charge rigoureuse des décès en maternité ou en néonatalogie

2. Plus de proximité

- par le développement des réseaux en périnatalité
- par le renfort et l'extension du rôle des Centres Périnataux de Proximité
- par le service de PMI, acteur-clé du réseau de périnatalité
- par la participation des sages-femmes libérales et la création de place d'hospitalisation à domicile sur l'ensemble du territoire

3. Plus de sécurité

- par des maternités mieux équipées et mieux pourvues en personnels
- par des transports mieux organisés et renforcés
- par la mise en œuvre de schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique
- par l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles (risque obstétrical)
- par une implantation des sites d'accouchement garantissant qualité et sécurité

4. Plus de qualité

- sur la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité
- sur l'échographie
- sur l'assistance médicale à la procréation

5. Une meilleure reconnaissance des professionnels de la naissance

- par la prise en compte, à leur juste valeur, des activités de périnatalité dans la tarification à l'activité
- par la valorisation des compétences des professionnels de la naissance (sages-femmes, puéricultrices, médecins – gynécologues, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, généralistes)
- par une expérimentation de « maisons de naissance » attenantes à des plateaux techniques
- par une étude approfondie sur la responsabilité médicale

6. Le suivi et l'évaluation du plan (avec le développement d'un système d'information performant en périnatalité)

• Le Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Reprenant les résultats de la mission Cléry-Melin, le Plan Psychiatrie et santé mentale (19) rappelle les forces et les faiblesses des dispositifs existants : malgré des atouts incontestables en termes de ressources et d'encadrement du secteur psychiatrique, le système français a de graves faiblesses - l'état de santé mentale des personnes est peu favorable et mal inconnu ; l'offre de soin présente une forte hétérogénéité régionale et une situation démographique préoccupante, et son fonctionnement est très cloisonné ; le système de soins est trop souvent sollicité de façon inadéquate. Partant de cet état des lieux mitigé, le Plan propose de « donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle, au service des usagers et des acteurs ».

Il s'agit de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients, née du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables. L'**approche globale du patient** constitue le principe fondateur du

nouvel élan donné à la psychiatrie et à la santé mentale : elle consiste à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, tout en tenant compte des besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne. L'objectif est de dépasser une approche jusqu'alors souvent centrée sur les structures au profit d'une approche centrée sur les besoins. Cette nouvelle approche implique également de prendre en compte la parole et le rôle des usagers et de leurs familles, ainsi que des associations qui les représentent, en les considérant comme des acteurs de cette évolution. Du côté des professionnels et des structures, le **décloisonnement des prises en charge** est une évolution nécessaire qui doit permettre de dégager des réponses pertinentes et multiples, quelle que soit la situation des patients, leur environnement social, leurs pathologies ou leurs handicaps.

Le plan Psychiatrie et santé mentale comporte **cinq axes** :

1. Une prise en charge décloisonnée

- Mieux informer et prévenir
- Mieux accueillir et mieux soigner
- Mieux accompagner

2. Des patients, des familles et des professionnels

- Renforcer les droits des malades et de leurs proches
- Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale

3. Développer la qualité et la recherche

- Favoriser les bonnes pratiques
- Améliorer l'information en psychiatrie
- Développer la recherche

4. Mettre en œuvre des processus spécifiques

- Dépression et suicide
- Des actions Santé / Justice
- Périnatalité, enfants et adolescents
- Populations vulnérables

5. Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan

Dans l'axe 4, les **processus spécifiques à la périnatalité** consistent à « développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité ».

Objectifs

Inscrite dans le plan périnatalité annoncé en décembre 2004, cette démarche qui vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents en mobilisant leurs ressources, repose sur la mise en place :

- De véritables collaborations médico-psychologiques en maternité,
- De l'entretien du 4^{ème} mois,
- De formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune, notamment autour de la reprise de cas, et d'améliorer ainsi la cohérence des interventions,
- D'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au postnatal.

Mesures

Rédaction et mise en œuvre d'une circulaire (2^{ème} trimestre 2005), s'inspirant des recommandations du rapport de Françoise Molénat, afin de :

- Procéder à un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance (cliniques privées et professionnels libéraux compris). Ceci pourra se faire dans chaque région sous l'impulsion des CRN, en utilisant le questionnaire élaboré dans le cadre de la Société de Médecine Périnatale.
- Mieux définir les conditions d'intervention des psychologues en maternité et prévoir leur recrutement après concertation entre les différents services concernés (obstétrique, pédiatrie et pédopsychiatrie), tout en articulant leur travail avec ces services pour la continuité des soins.
- Organiser avec les organismes de formation pour les professionnels hospitaliers et libéraux la mise en place de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI.

Coût (déjà intégré dans le plan périnatalité)

- Pour l'amélioration de l'environnement psychologique : recrutement de psychologues dans les maternités en fonction de l'état des lieux des collaborations médicopsychologiques – 18 M€ sur 3 ans prévus dans le cadre du plan périnatalité (dont 12 M€ pour les hôpitaux publics et 6 M€ pour les cliniques privées).
- Pour la formation : financements à mobiliser principalement dans le cadre des organismes de formation pour la rémunération des formateurs et en complément dans le cadre de la dotation de développement des réseaux.

Calendrier

- Publication de la circulaire au 2^{ème} trimestre 2005
- Déploiement des psychologues et organisation des formations : 2005-2006-2007

1.3 – LE CADRE REGLEMENTAIRE

Depuis les deux décrets de 1998, qui avaient respectivement défini le niveau de maternité en fonction des soins de néonatalogie et les conditions de sécurité de l'environnement prénatal en matière d'obstétrique, de néonatalité, de réanimation et d'anesthésie, la périnatalité n'a pas fait l'objet de mesure réglementaire en dehors de la circulaire DHOS/DGS du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (16). En outre, à la demande de la Direction générale de la santé et des associations de sages-femmes, l'HAS a produit des recommandations professionnelles pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (23), qui font suite aux mesures instaurées par le Plan Périnatalité 2005-2007.

- **La circulaire DHOS/DGS 2005-300 relative à la collaboration médico-psychologique**

En application du Plan Psychiatrie et santé mentale, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et la Direction de la santé circulaire ont produit la circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (16). Cette circulaire est destinée à initier une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, qui est l'une des principales mesures du Plan Périnatalité. Elle s'appuie sur le rapport du Dr. F. Molénat (41). Il s'agit « d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quel que soit le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux ». Pour développer ce travail en collaboration, il convient que des formations soient mises en place et que des missions particulières soient dévolues aux professionnels du champ psychique exerçant en maternité.

Pour respecter le **principe de continuité et cohérence**, qui doit être le fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité, il convient de veiller tout particulièrement :

- au décloisonnement des pratiques professionnelles,
- à l'organisation de la prise en charge et des réponses à apporter, centrées autour des besoins propres à chaque famille, par un ensemble de professionnels agissant dans une cohérence suffisante de l'anté au postnatal,
- à la mise en place de formations spécifiques et adaptées, ayant pour principal objectif d'améliorer la qualité des collaborations interprofessionnelles.

« Enfin la mise en place d'un **entretien précoce** permettra non seulement d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais également constituera en soi un premier point d'entrée dans ce processus de collaboration. Cet entretien, tel qu'il est présenté dans la première

partie du plan périnatalité, sera réalisé au 4^{ème} mois de grossesse, sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auxquels ils appartiennent. »

La **formation** est l'outil qui va permettre la mise en place de ces collaborations. Il s'agit de formations à caractère interdisciplinaire, centrées sur la clinique et interactives.

Les **objectifs des formations** sont multiples :

- développer l'esprit de réseau sur un terrain d'exercice (ville, département, etc.)
 - augmenter la compétence des professionnels de première ligne
- acquérir des règles de travail en commun de la grossesse à la petite enfance, entre les champs sanitaire, social et médico-social
 - apprendre à anticiper les passages d'un professionnel à l'autre par des liaisons personnalisées
 - apprendre les règles de la transmission interprofessionnelle qui respectent la place des parents
- prendre en compte les actions menées par les différents acteurs concernés pour ainsi permettre une vision et une évaluation globale de la prise en charge
 - apprendre à mettre en parallèle dynamique familiale et dynamique professionnelle et leurs interactions
 - apprendre à présenter des dossiers difficiles devant un groupe en respectant la différence des places et la confidentialité

La **méthode pédagogique** pourrait consister à :

- constituer, pour une session de formation, un groupe de professionnels de tous champs et disciplines (public/privé/libéraux, social/médical/psychique, médecins généralistes, gynécologues médicaux, obstétriciens, pédiatres, psychologues, sages-femmes, puéricultrices...),
- choisir, avec un recul suffisant, une situation ayant soulevé des difficultés particulières, pour en analyser les dysfonctionnements, en réunissant un maximum d'acteurs de tous les services concernés,
- s'assurer du concours d'un professionnel expérimenté (psychiatre ou psychologue), formé à l'animation de groupes pluridisciplinaires, connaissant les implications de tous les postes professionnels, afin d'être en mesure d'éviter l'écueil des « procès mutuels » et ainsi pouvoir décrire des « processus de fonctionnement ».

Il ne s'agit donc ni d'une synthèse, ni d'une évaluation, ni d'un groupe Balint, mais d'une occasion de repérer les modalités de travail et la cohérence de l'ensemble des professionnels concernés autour d'une famille vulnérable. Cela, en utilisant la présentation du cas clinique choisi pour faire travailler le groupe sur l'implication de chaque professionnel à partir de sa propre place.

Les **psychologues**, les **psychiatres** et les **pédopsychiatres** intervenant dans le cadre de ces collaborations doivent avoir pour mission d'aider les intervenants de première ligne à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes et veiller ainsi à ce que ces patientes ne soient pas adressées trop rapidement à un psychiatre ou un psychologue, notamment lorsqu'elles ne sont pas prêtes à effectuer cette démarche. Pour répondre à ces missions, ils doivent adapter leurs pratiques à celles des professionnels du soin somatique, en maternité, en se rendant disponibles pour les moments de transmission, en s'adaptant aux contraintes de temps inhérentes au fonctionnement de ce type de services (durée limitée de l'hospitalisation) ainsi qu'aux situations cliniques urgentes et/ou imprévues.

Leur recrutement doit répondre à certains critères :

- généralisation de leur présence à l'échelle des départements permettant à toutes les maternités d'en bénéficier avec possibilité d'exercice partagé entre plusieurs établissements ;
- recrutement par les directions hospitalières sur avis conjoint des services concernés (obstétrique, pédiatrie, PMI, psychiatrie) ;
- organisation d'un lien avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, par une participation minimale (de une à trois demi-journées) à l'activité de ces secteurs.

Il est demandé aux **directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation** de :

- **Procéder à un état des lieux régional préalable.** Les commissions régionales de la naissance (CRN) doivent initier et analyser un état des lieux à la fois quantitatif et qualitatif. Cet état des lieux doit être l'occasion de repérer l'ensemble des acteurs concernés (notamment les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres) et le fonctionnement des collaborations quand elles existent (points forts, points faibles, difficultés rencontrées, perspectives d'amélioration...).
- **Encourager sur l'ensemble du territoire le développement des réseaux de périnatalité** associant la ville, la PMI, l'hôpital et l'ensemble des acteurs concernés relevant des champs médico-social et social. Conformément à ce qui a été annoncé dans le cadre du plan périnatalité, ils seront financés sur la dotation nationale de développement des réseaux. Ces réseaux constituent un outil, un support juridique pour mettre en œuvre ces collaborations et organiser les formations pluridisciplinaires, nécessaires à ce fonctionnement. Le suivi de ces collaborations pourra s'effectuer dans le cadre des procédures d'évaluation prévues lors de la mise en place des réseaux de périnatalité.
- **Répartir**, en fonction de l'analyse des besoins identifiés localement et si les collaborations médico-psychologiques envisagées correspondent aux principes énoncés dans la présente circulaire, **les moyens** prévus dans le cadre du plan périnatalité pour le recrutement des psychologues.

- **La création de la Commission nationale de la naissance**

Par arrêté du Ministre de la santé et des solidarités, en date du 11 juillet 2005, il est créé une Commission nationale de la naissance, « chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique fixés pour la périnatalité. La commission apporte son concours à l'évaluation des politiques engagées en la matière, en particulier le suivi du plan périnatalité 2005-2007 ». Outre le président, désigné par le ministre, la Commission comprend 40 membres, représentant les différents professionnels impliqués dans la périnatalité, l'administration hospitalière et ministérielle, ainsi que les usagers. Son secrétariat est assuré par la DHOS et la DGS.

- **Les recommandations de l'HAS pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité**

Les recommandations professionnelles de l'HAS, produites en novembre 2005 et qui s'intitulent « Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) », ont pour objet de définir le contenu de l'entretien individuel ou en couple dit « du 4^{ème} mois », ainsi que le contenu des séances de PNP (23). Ces recommandations abordent également la reconnaissance des vulnérabilités personnelles et familiales, et les dispositifs qu'il est possible de mettre en œuvre pour prévenir les troubles psycho-affectifs des enfants.

Selon la méthode générale de l'HAS, elles ont été élaborées, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et d'une synthèse de l'avis des professionnels concernés, par un groupe de travail réunissant dix-sept professionnels multidisciplinaires, ayant un mode d'exercice public ou privé, et d'origine variée. Après avis d'un groupe de lecture, constitué sur les mêmes critères que le groupe de travail, les recommandations ont été discutées par la commission recommandations pour l'amélioration des pratiques, puis validées par le Collège de l'HAS.

L'argumentaire développe de manière détaillée les références sur lesquelles s'appuient les recommandations, en envisageant les différents volets de la PNP. Les recommandations elles-mêmes sont regroupées en huit chapitres

Recommandations pour la PNP

1. Introduction
2. Définitions, intérêts et objectifs de la PNP
3. Organisation générale de la démarche de la PNP
4. Entretien précoce individuel ou en couple
5. Contenu de la PNP et techniques éducatives
6. Evaluation individuelle de la PNP
7. Perspectives d'évaluation et de formation
8. Recherches à mener

2 - L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE

Tenter ici de présenter l'entretien prénatal précoce de façon claire et concise, dans l'objectif de le faire mieux connaître, n'apparaît pas superflu, car la diffusion des informations concernant cet entretien reste encore largement à faire. Par exemple, sur le site Internet de l'assurance-maladie, www.ameli.fr, on ne trouve aucun renseignement à ce sujet.

La conception et la mise en place de l'entretien prénatal précoce sont très récentes :

- un entretien au cours du quatrième mois de grossesse avait déjà été proposé, en 2003, dans le rapport de la mission Bréart, Puech, Rozé, parmi les vingt propositions pour une politique périnatale (31) et à nouveau, en 2004, dans le rapport du docteur Molénat sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité (41) ;
- ces propositions ont été concrétisées par le Plan Périnatalité 2005-2007(18), qui prévoit qu'un entretien soit systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes et aux futurs parents au cours du quatrième mois de grossesse ;
- l'HAS a ensuite élaboré des recommandations sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (23), consacrant un chapitre à l'entretien précoce ;
- enfin, en 2006, un Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé (27).

2.1 – LES OBJECTIFS DE L'ENTRETIEN

- **Le Plan périnatalité et la circulaire du 4 juillet 2005**

Dans le **Plan Périnatalité** (18), l'entretien prénatal précoce s'inscrit parmi les mesures qui visent à assurer « plus d'humanité ». Il a pour finalité de « mettre en place précocement les conditions d'un **dialogue** permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents (...) afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant ». L'objectif de l'entretien est de « favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc. ».

La **circulaire du 4 juillet 2005** relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (16) insiste sur les principes de **continuité** et de **cohérence**, essentiels dans ce domaine. Ces principes conduisent à considérer le dispositif de soins essentiellement en termes d'intégration, d'articulation et de relais. Il s'agit de permettre une adaptation des traitements, quels que soient les besoins de prise en charge de la personne, le lieu et le moment des soins, leur durée et leur intensité, qu'ils relèvent strictement ou non du domaine sanitaire. Or, les acteurs de la psychiatrie, pas plus que ceux relevant des champs somatique, social ou médico-social ne peuvent, à eux seuls, fournir l'ensemble des réponses attendues. L'aménagement des parcours de soins et d'accompagnement destinés aux parents et au nouveau-né apparaît comme une nécessité ; cela implique de réduire les cloisonnements au sein ou entre les dispositifs concernés (pédopsychiatrie et psychiatrie générale, psychiatrie et disciplines somatiques, ville et hôpital, sanitaire, social et médico-social) et d'assurer la continuité de la prise en charge. La mise en place d'un entretien précoce est censé non seulement ouvrir le dialogue et recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais également constituer en soi un **premier point d'entrée** dans ce processus de collaboration.

- **Les recommandations de l'HAS**

Les recommandations de l'HAS (23) précisent que l'entretien individuel ou en couple ne doit pas se substituer aux consultations de suivi de la grossesse. Il a pour ambition d'aider à mieux structurer la préparation à la naissance et à la parentalité et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. En pratique, il s'agit d'**impliquer la femme et le couple** dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation, et de **favoriser une meilleure coordination des professionnels** autour de la femme enceinte. Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance. Ce projet doit être organisé en fonction des aspirations de la femme et du couple et de l'offre de soins locale.

Ces recommandations préconisent une **approche plus précoce** de la préparation à la naissance ainsi qu'une **démarche élargie** à la fois à l'amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. En effet, certains troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, par la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, par une activation des professionnels autour des familles en difficulté et par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale.

C'est pourquoi, **le plus tôt possible après la confirmation de la grossesse**, un entretien spécifique devrait permettre d'anticiper les difficultés potentielles et d'apporter une réponse cohérente et adapté aux besoins de la femme ou du couple. Par ailleurs, cet entretien précoce faciliterait le travail du médecin, en lui permettant d'ajuster sa vigilance grâce aux informations que lui transmettraient d'autres professionnels. Cet entretien serait également l'occasion de définir, pour chaque femme et couple, les contenus essentiels à aborder lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité proprement dites.

Les **objectifs généraux** de l'entretien sont les suivants :

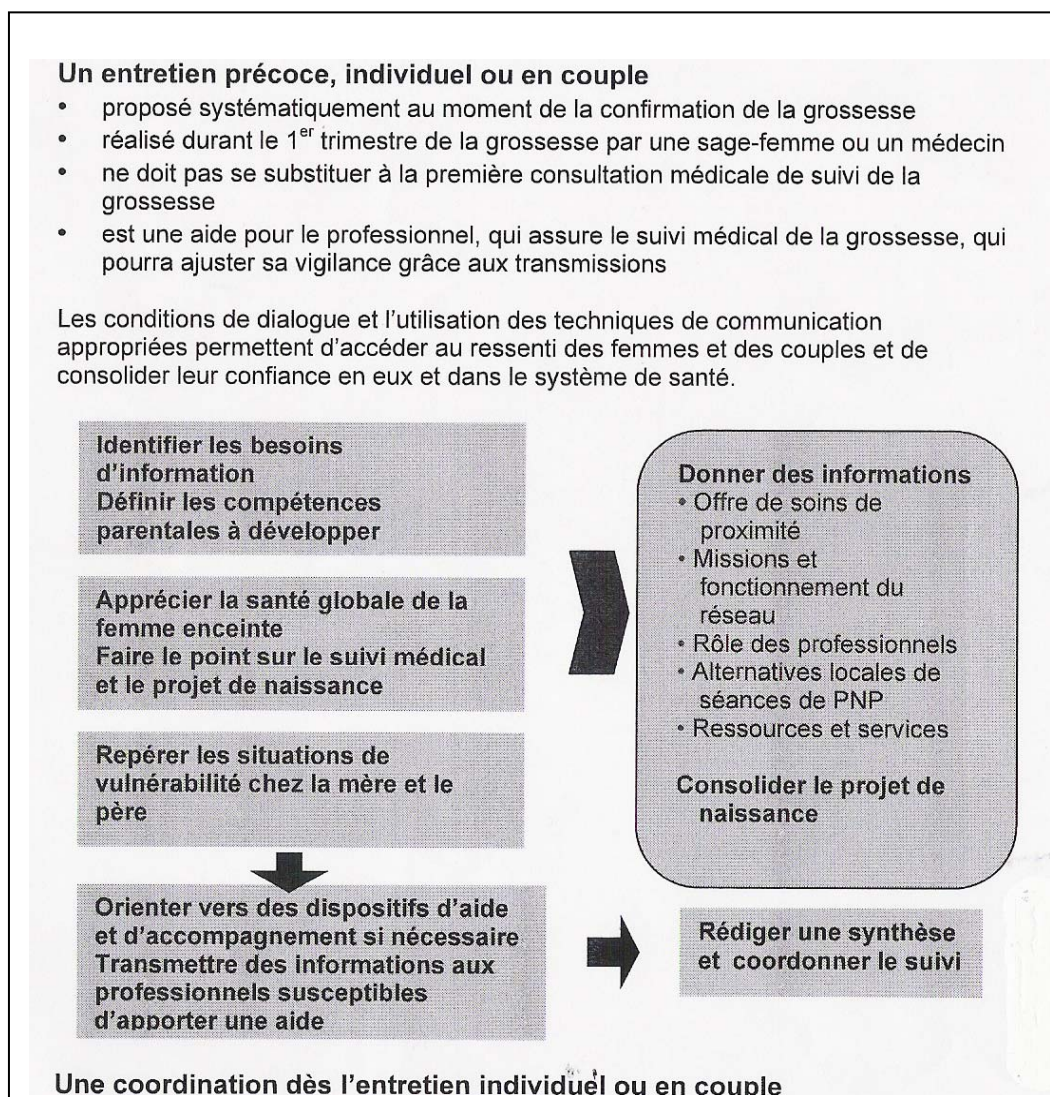
- **Accéder au ressenti des femmes /du couple.** Les recommandations insistent sur la dimension de rencontre entre le professionnel et la femme / le couple. L'entretien offre une opportunité nouvelle de partager le vécu, les émotions que suscite la grossesse. Sa durée (3/4 h à 1h), sa différenciation d'une consultation médicale classique ou d'un entretien psychologique contribuent à concrétiser cette opportunité.
- **Consolider leur confiance en eux par l'expression de leurs besoins.** Donner l'occasion d'exprimer ses besoins suppose que, de part et d'autre, chacun se sente suffisamment en sécurité pour échanger sur le présent de cette grossesse. Les conditions de cette sécurité seront un des axes de travail de la formation.
- **Favoriser une meilleure coordination des professionnels.** Cet aspect est essentiel et suppose que le professionnel soit en lien étroit et actif avec l'ensemble des dispositifs de suivi. La mise en place de cet entretien s'interroge de manière radicale sur les conditions du partenariat entre professionnels. La formation à l'entretien devra aborder largement cette question.
- **Consolider la confiance des patients dans le système de santé.** Bien souvent, les dispositifs de suivi existants ne sont pas suffisamment utilisés par défaut de confiance des usagers (méconnaissance, mais aussi défiance vis à vis de dispositifs insuffisamment flexibles et adaptables aux besoins). Réaliser une rencontre bienveillante, chaleureuse confirmera ou réinitialisera la confiance dans le système de suivi et d'accompagnement de proximité.

Les **objectifs spécifiques** de l'entretien consistent à :

- **Rencontrer les parents précocement.** Dénommé entretien du 4ème mois, puis du premier trimestre, enfin intitulé «entretien prénatal précoce », cet entretien trouve son originalité dans sa précocité, qui lui confère un statut de prévention des risques de complications médicales en abordant très tôt la globalité des vulnérabilités.
- **Anticiper avec la mère et le père les situations de vulnérabilité.** Permettre à une femme / au couple de livrer ses difficultés suppose de la part du professionnel des qualités d'écoute active mais aussi une sécurité de base concernant les propositions d'aide et d'accompagnement qui seront proposées. Aborder les points de sécurité de la femme / du couple dans le présent de la grossesse, ne pas se précipiter sur les vulnérabilités, ne pas penser devoir tout explorer si la fragilité somatique, sociale, émotionnelle est évidente sont les conditions pour que l'entretien soit la porte d'entrée d'un accompagnement adapté au rythme des usagers.

- **Informersur les facteurs de risque, les comportements à risque et les conseils d'hygiène de vie.** L'écueil majeur de cet entretien est de le transformer en un catalogue d'information et de conseils éducatifs, profondément inadapté aux besoins des familles les plus vulnérables.
- **Adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.** Les recommandations de l'HAS insistent sur la nécessité que cet entretien soit inclus dans la chaîne d'accompagnement et de soutien de la femme / du couple. L'adaptation du suivi suppose, en préalable, que le professionnel soit lui-même en lien avec les professionnels susceptibles d'intervenir et qu'il sache à bon escient les activer. La dimension du « travail en réseau de proximité » est un des axes essentiels de la formation à cet entretien.

Les divers objectifs de l'entretien sont regroupés de manière synthétique dans le schéma suivant, issu des fiches de synthèse de l'HAS sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) de 2005 (25).



- **Le Référentiel de formation à l'entretien prénatal précoce**

La Direction Générale de la Santé a sollicité la Société Française de Médecine Périnatale, en collaboration avec la Société de Psychologie Périnatale, pour rédiger un Référentiel de formation à « l'entretien prénatal du premier trimestre » (27).

- **Méthodologie** : analyse des expériences en cours, recueil des questions posées par l'ensemble des acteurs de la périnatalité, confrontation entre un groupe de pilotage et un groupe d'experts sur six mois.
- **Résultat** : le référentiel proposé décrit un « état d'esprit » fondé sur la mise en confiance de ceux qui mèneront l'entretien (techniques d'entretien et description d'un contenu) mais aussi sur la capacité à activer le réseau de soins de manière personnalisée, à partir de ce qui est exprimé par la femme enceinte. Dans ce but, la formation doit intégrer des reprises de dossiers délicats sur le site avec l'ensemble des acteurs concernés, pour favoriser une meilleure connaissance mutuelle. Le rôle des réseaux périnataux paraît primordial dans l'organisation de la formation.

Déclinant cet « état d'esprit », le référentiel de formation dégage trois grands objectifs :

- L'entretien fournit l'occasion d'ouvrir le **dialogue avec les parents** sur le suivi médical de la grossesse et sur l'accueil de l'enfant. Ecouter les futurs parents n'est pas un « bonus », mais est une condition nécessaire de la réintégration du registre émotionnel dans le suivi. La création d'un climat de confiance permet d'ajuster le suivi aux besoins réellement exprimés par les familles. De plus, le recueil précoce des facteurs de stress vise à améliorer le déroulement obstétrico - pédiatrique et les aléas de la mise place des liens parents - enfant.
- L'entretien prénatal permet l'instauration d'une **information mutuelle** : les futurs parents informent le praticien de leurs attentes, peurs, questionnements et de l'existence éventuelle des professionnels de confiance déjà engagés auprès d'eux. En réponse, le praticien informe la femme ou le couple de l'intérêt qu'il y a à bénéficier d'une prise en charge globale de la grossesse, indique les réponses possibles du système de soins pour que la famille comprenne qu'elle y occupe une place centrale et active. L'ajustement des réponses permet de lui donner ou de lui redonner confiance dans le système de soins et d'améliorer sa compliance au suivi proposé.
- L'entretien prénatal constitue le point de départ d'un **partenariat personnalisé** : il est conçu pour aider les professionnels de périnatalité à ajuster leur travail aux besoins propres à chaque situation. Il ne peut donc se mener sans une bonne connaissance des acteurs relais. La dynamique de l'entretien et sa place dans le suivi global se détermineront en fonction des partenaires déjà présents ou à introduire. La personnalisation des transmissions d'un professionnel à l'autre est essentielle.

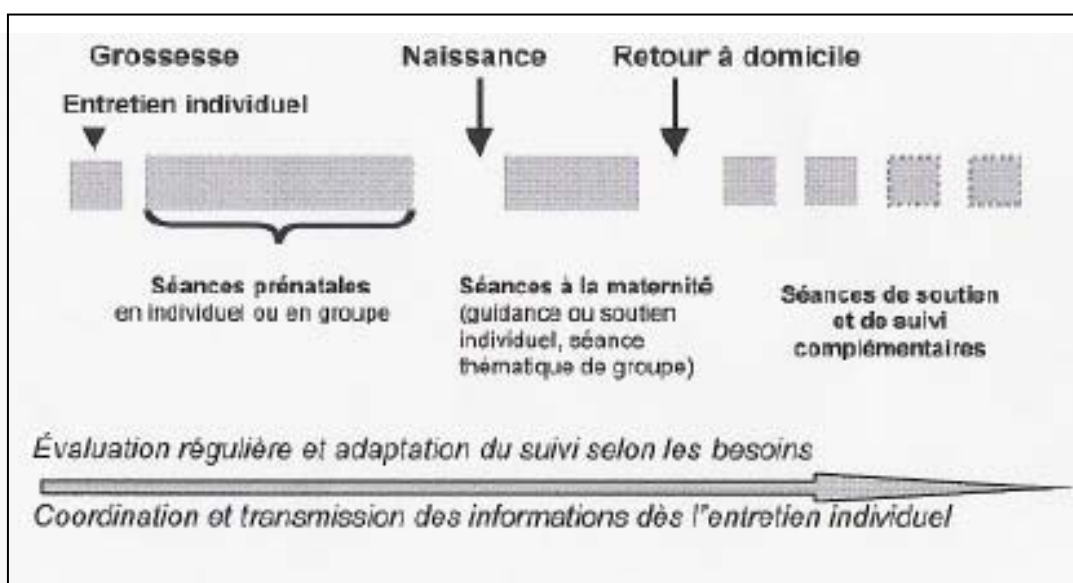
2.2 - QUAND ET DANS QUELLES CONDITIONS PROPOSER L'ENTRETIEN ?

- **La précocité de l'entretien, élément clé mais problématique**

La question de la date de l'entretien a été soulevée par les obstétriciens qui craignent que, s'il est réalisé avant la fin du troisième mois de grossesse, les femmes ne surinvestissent une grossesse qui ne se poursuivra pas dans 10% des cas, en raison de fausses-couches.

Malgré le taux important de fausses-couches au premier trimestre, l'OMS recommande de débiter la préparation avant 12 semaines de grossesse car, à ce stade, la femme et/ou le couple sont encore sensibles aux informations concernant cette nouvelle étape dans leur vie. En effet, plus la grossesse évoluera, plus leur intérêt se centrera sur le travail et l'accouchement. L'OMS déplore que les séances d'éducation prénatale ne soient généralement proposées que dans les 12 dernières semaines de la grossesse, alors que le contenu des séances devrait suivre les étapes du déroulement de la grossesse et de la période du *post-partum* et s'adapter à l'évolution de la femme et/ou du couple vis-à-vis des pratiques parentales. L'utilité d'une ou deux séances précoces pour discuter de nutrition, de consommation d'alcool et de tabac est soulignée, car on connaît maintenant les conséquences potentiellement très graves de ces addictions. Idéalement, ces aspects du mode de vie devraient être abordés bien avant la naissance de l'enfant, c'est-à-dire pendant la scolarité des futurs parents ou pendant la période préconceptionnelle.

Dans les textes qui l'encadrent, la date de réalisation de l'entretien prénatal précoce n'est pas fixée précisément. C'est un entretien individuel de début de grossesse, effectué en amont des habituelles séances de préparation à la naissance, comme le montre le schéma suivant, issu des fiches de synthèse de l'HAS sur la Préparation à la Naissance et à la Parentalité de 2005 (25).



- **Le choix d'une temporalité souple, adaptée au rythme de chaque femme**

Dans le Référentiel de formation à l'entretien (27), il est précisé que l'entretien doit être systématiquement proposé, mais que c'est au praticien qui découvre la grossesse de juger du moment opportun pour en parler à chaque femme. Une fois l'entretien évoqué, c'est à la femme de choisir le moment qui lui convient le mieux, durant le premier trimestre de la grossesse.

En cas de déclaration tardive ou de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.). La non-réalisation de l'entretien individuel (par manque d'information de la femme ou refus) ne doit pas empêcher la participation aux séances de PNP. Dans ce cas, le professionnel qui reçoit la femme en demande de séances prénatales réalise l'entretien individuel et planifie les séances et leur contenu.

- **A qui s'adresse l'entretien prénatal précoce ?**

Selon l'HAS, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, et donc l'entretien prénatal précoce, s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes dont c'est ou non la première grossesse, en particulier à ceux des adolescentes, des femmes venant de pays étrangers et vivant en France, des femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, et des femmes en situation de précarité ou en difficulté (cf. IV. 2- Adapter les prises en charge à des problèmes spécifiques). Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil et d'accessibilité, le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le suivi. La question première de l'accessibilité se pose avec urgence si l'on souhaite réellement généraliser l'entretien. En effet, certaines femmes vulnérables habitent loin de la maternité ou ne peuvent pas se déplacer. Une solution possible consisterait à leur proposer l'entretien dans un lieu de proximité – Centre Médico-Social ou Centre Périnatal de Proximité –, ou en visite à domicile, par une sage-femme de PMI (sachant toutefois qu'un entretien à domicile a le désavantage de gommer toute démarche volontaire de la femme enceinte).

L'entretien doit être proposé à toutes les femmes, pour ouvrir un dialogue positif sur la naissance à venir, et non pas sur la base de facteurs de risque sociaux ou psychologiques. Il ne faut pas cibler seulement les femmes en difficulté, car on risquerait de les stigmatiser et de les faire fuir ; on aurait aussi des difficultés à les déterminer, car les facteurs de vulnérabilité ne sont pas clairement identifiés.

Outre la présence de la mère, le futur père doit être encouragé à participer à cet entretien. Si des tensions sont repérées entre les deux parents, la sage-femme peut être amenée à revoir la femme seule, si elle le souhaite.

- **Qui propose l'entretien à la femme enceinte ou au couple ?**

Le professionnel qui propose l'entretien a un rôle fondamental : selon la façon dont il le présente (qui dépend bien sûr de ses propres connaissances et de son point de vue sur le sujet), il peut tout autant convaincre la femme de l'intérêt de cet entretien, que l'en dissuader. C'est tout l'enjeu du travail d'information et de formation des professionnels. Idéalement, le praticien qui déclare la grossesse devrait proposer l'entretien, puis, pour être à même d'offrir un suivi si nécessaire, bénéficier d'une transmission utile pour coordonner l'action individualisée à mener en fonction des besoins. Concrètement, il lui sera plus aisé de le présenter quand il en aura lui-même expérimenté l'efficacité.

Selon la dernière Enquête nationale périnatale de 2003 (30), le gynécologue obstétricien est la personne la plus souvent consultée pendant la grossesse, le généraliste jouant un rôle surtout pour la déclaration de grossesse. La contribution des sages-femmes dans le suivi de grossesse est relativement modeste par rapport à leur activité au moment de l'accouchement. Cela met en évidence le rôle majeur des **gynécologues-obstétriciens**, mais aussi des **médecins généralistes**, qui sont en première ligne pour proposer l'entretien prénatal précoce.

Actuellement, les propositions se font de façon disparate :

- **Dans certaines maternités**, la secrétaire des consultations propose systématiquement l'entretien, sans lien avec l'obstétricien ou le médecin généraliste. Les sages-femmes, sans référence pour adresser conclusions ou propositions, les retranscrivent simplement dans le dossier après accord de la patiente : le devenir de ces transmissions est aléatoire et celles-ci risquent, en dépit de leur qualité, de rester lettres mortes. Les sages-femmes y voient le risque d'un dépistage sans construction possible d'un véritable projet individualisé avec les professionnels en aval.
- **En PMI**, le certificat de naissance (premier feuillet de la déclaration de grossesse) fait parfois office de point d'appel à une rencontre avec la sage-femme. Si elle n'est pas en mesure de se mettre en contact avec le prescripteur ou le professionnel qui va suivre la grossesse, la chaîne de soins est brisée dès le début, avec un risque de désolidariser suivi médical et psychosocial. La sage-femme perd l'opportunité de s'appuyer sur le suivi médical pour renforcer la sécurité émotionnelle. Des propositions d'étayage strictement social risquent d'augmenter le sentiment de dévalorisation et la non-compliance aux propositions ressenties comme non personnalisées. Ce refus induit risque de se voir ajouté à la liste des vulnérabilités déjà repérées.
- **Dans le secteur libéral**, les collaborations insuffisantes entre médecins généralistes, obstétriciens et sages-femmes rendent le dispositif caduc. De ce fait, les sages-femmes

rencontrent trop tardivement les femmes enceintes alors que les vulnérabilités ont déjà amené à des complications médicales (hypertension artérielle, hypotrophie, diabète gestationnel, etc.).

- **Ailleurs**, on assiste à des suivis parallèles, non articulés, qui sont source de flou, voire de malentendu, dans les informations proposées.

2.3 - QUI REALISE L'ENTRETIEN ?

- **Divers professionnels pourraient réaliser l'entretien, qui met en jeu des compétences variées**

Quels professionnels seraient les mieux à même de mener l'entretien ? Pourquoi pas une assistante sociale, une puéricultrice, un pédiatre, un psychologue ? Mais quelles connaissances ont ces professionnels en matière prénatale ? L'assistante sociale est formée pour repérer les problèmes sociaux, les puéricultrices et les pédiatres ont pour cœur de métier les enfants et non les fœtus, les psychologues sont formés pour repérer les problèmes psychologiques. En revanche, la sage-femme, le médecin généraliste et le gynécologue, ou le gynécologue-obstétricien, sont « naturellement » présents dans un suivi de grossesse : leur identité professionnelle est donc rassurante, parce que non connotée. Or l'entretien s'inscrit dans le cadre d'un projet positif qu'il ne faut absolument pas « pathologiser ».

L'idée de base est bien de donner la possibilité à une femme enceinte ou à un couple de s'interroger en début de grossesse sur la venue prochaine du nourrisson, dans le cadre d'une discussion avec un professionnel médical de la grossesse et non avec un spécialiste des facteurs de risque. C'est pourquoi il est préférable que l'entretien soit réalisé par un acteur du champ de la périnatalité précédant la naissance, c'est-à-dire un **médecin généraliste**, un **gynécologue** ou une **sage-femme**, et non par un psy, car cela risquerait de donner une image négative de ce projet relatif à la naissance, qui apparaîtrait d'entrée de jeu comme porteur de troubles psychiques potentiels.

- **La question de la rémunération des soignants**

Alors même que les **médecins généralistes** seraient théoriquement à même de pratiquer l'entretien prénatal précoce, on constate qu'ils remplissent rarement ce rôle, en dépit de l'intérêt que certains lui portent. En effet, une consultation longue, telle que celle prévue pour l'entretien prénatal précoce, pose des difficultés de financement, puisque les médecins généralistes sont rémunérés à la consultation, et non sur la base d'une durée de consultation. Or l'entretien est une

consultation longue, qui dure de trois-quarts d'heure à une heure, et qui ne peut donc être rémunérée comme une consultation classique.

Le problème de la rémunération des consultations longues se pose dans bien d'autres cas que celui de l'entretien prénatal précoce. Dans son rapport de 2003 sur la prévention sanitaire destinée aux enfants et aux adolescents (39), l'IGAS a soulevé, plus largement, la question du manque de moyens en personnels qualifiés appelés à contribuer aux missions de prévention. Les formes de participation des médecins généralistes libéraux aux actions de prévention ont été évoquées avec leurs représentants : l'idée d'une « consultation de prévention », distincte de l'acte médical classique et qui pourrait être financée sous la forme d'un C majoré ou d'un complément forfaitaire, ne paraît pas recueillir beaucoup de suffrages ; celle d'un paiement au forfait de la participation à des actions en réseau (par exemple, réunions de synthèse de cas, programmes de promotion de la santé ou d'éducation à la santé) recueille plus d'échos favorables.

Pour les **sages-femmes**, la rémunération se révèle moins problématique. L'entretien prénatal précoce trouve bien sa place dans l'ensemble des huit séances de préparation psychoprophylactique prévues, dont la durée minimale est de quarante-cinq minutes. La première de ces séances, obligatoirement individuelle, est l'occasion de mener cet entretien. Sa rémunération ne soulève pas de difficulté, puisque, en application de l'arrêté du 11 octobre 2004 (10) modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, elle est majorée à C 2,5, ce qui correspond actuellement à 38,25 euros.

Rappelons qu'à l'échelle nationale, le Plan Périnatalité attribue **26 M€ sur 3 ans** à la mise en place d'un « entretien individuel du 4^e mois ». Ce financement s'inscrit, d'une part, dans le cadre de mesures financières pour les établissements et, d'autre part, dans le cadre de la réforme de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des sages-femmes.

- **Dans les faits, la sage-femme est l'acteur privilégié de l'entretien**

Une enquête nationale portant sur les pratiques, les trajectoires et les conditions de travail des sages-femmes, réalisée en 2004 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) (42) montre que les sages-femmes sont **fortement investies dans la PNP**. Au cours d'une journée de travail, la Préparation à la Naissance et à la Parentalité concerne une part importante de l'activité des sages-femmes :

- dans le secteur hospitalier, 46 % en EHP, 27 % en PSPH et 17 % en clinique ;
- dans le secteur libéral, 86 %, dont 12,9 % à domicile ; c'est un des actes les plus courants ;

- en PMI, 56,5%, dont 69,4% à domicile ; leur action concerne essentiellement la prévention et le suivi, notamment des grossesses à risque avec une fonction à la fois médicale et psychosociale.

Les sages-femmes apparaissent donc comme **les mieux placées pour réaliser l'entretien prénatal précoce**. Cette nouvelle pratique revêt pour elles un caractère diversement novateur, suivant leur contexte d'exercice.

Pour les **sages-femmes libérales**, cet entretien diffère de la première séance de préparation à la naissance (au troisième trimestre) :

- par son contenu, puisque l'entretien est centré sur l'ensemble de la grossesse plutôt que sur la venue de l'enfant ;
- par sa temporalité, du fait de l'absence de contiguïté temporelle avec la préparation à la naissance ;
- par son contexte, en raison de l'absence de retour sur les praticiens qui suivent la grossesse.

Pour les **sages-femmes de PMI**, l'entretien se différencie des rencontres précoces :

- par son contenu, centré plus sur les aspects sociaux et psychologiques que médicaux ;
- par son contexte, induit par le certificat de naissance donc non relié à un professionnel qui adresse ;
- par son acceptabilité, alors que les femmes (souvent les plus en difficulté) manifestent fréquemment une réticence vis-à-vis du médico-social.

Pour les **sages-femmes hospitalières**, l'entretien se distingue de la consultation d'ouverture de dossier médical : bien exercées à l'approche biomédicale de la consultation, elles ne sont pas préparées à la conduite d'entretien, pour laquelle elles auraient besoin d'une formation. L'instauration de l'entretien pose également des problèmes d'organisation et de moyens : tant que les responsables des consultations, dans leur ensemble, n'ont pas éprouvé les retombées positives et l'efficacité de l'entretien, il leur est difficile de l'organiser de façon rationnelle, d'autant que, dans certains secteurs, la mise en place de l'entretien doit être accompagnée de créations de postes dédiés à cet usage et prévus par le plan périnatalité.

Pour les **sages-femmes des établissements privés**, la conduite de l'entretien prénatal est parfois une activité tout à fait nouvelle. Que cette fonction leur soit attribuée représente une modification importante du fonctionnement habituel de certaines maternités privées, où le suivi précoce de grossesse est assumé uniquement par les médecins. La complémentarité médecin – sage femme est à réinventer dans ce domaine.

- **La compétence et la formation des sages-femmes : un double enjeu**

La profession de sage-femme est une profession médicale, à compétence limitée - restreinte à la grossesse et l'accouchement normaux. Toutefois les compétences de la sage-femme ont été récemment élargies : la Loi de santé publique du 9 août 2004 (1), dans son article 101, donne à la sage-femme le droit de réaliser le premier examen prénatal et la déclaration de grossesse, ainsi que l'examen postnatal ; le droit de prescrire un arrêt de travail, des examens biologiques et radiologiques, des médicaments. Lorsque la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle doit adresser la femme à un médecin.

Pour P. Gaucherand (207), il ne suffit pas de textes pour améliorer les performances périnatales françaises, il faut aussi un changement de mentalité. « La grossesse devrait passer du statut de situation éventuellement à risque à celui de situation probablement sans risque. Dans cette optique, l'entretien prénatal précoce proposé par les nouveaux textes a un rôle fondamental et le pouvoir, entre autres, de repérer le haut et le bas risque. Dans cette gestion des grossesses à la manière « européenne », le rôle de la sage-femme est fondamental. Elle a un statut médical à compétences certes limitées, mais parfaitement définies. Ses compétences ont été totalement réactualisées et son importance confirmée. Elle doit s'intégrer dans une équipe de périnatalité regroupant les sages-femmes, les pédiatres, les obstétriciens, les anesthésistes, avec un relationnel, un équilibre de responsabilité parfaitement huilé et défini au service de la femme enceinte et de son futur enfant ».

Si l'élargissement des compétences des sages-femmes est de mieux en mieux accepté, certains médecins, comme les docteurs Bercau et Lopard, respectivement gynécologue-obstétricien et anesthésiste, restent dubitatifs sur l'efficacité de cette mesure (122) : « Il n'est en définitive pas certain qu'elle améliore l'offre de soins en terme de dépistage des pathologies prénatales, de prise en charge de l'analgésie pendant le travail, ni en terme de prise en charge des urgences vitales maternelles et fœtales. Il aurait paru plus logique de s'interroger sur les motifs profonds de désaffection pour la profession de gynécologue-obstétricien et de tenter d'y apporter des solutions qui ne peuvent venir que d'une revalorisation d'une profession pénible physiquement et stressante psychologiquement et d'une diminution de la pression judiciaire afin d'effectuer une sortie de crise "vers le haut" et non vers une adaptation faussement réaliste d'une pénurie objective de l'offre de soins. »

Une **enquête sur la formation initiale des sages femmes à l'entretien prénatal** a été réalisée auprès des 35 écoles actuellement répertoriées sur le territoire français. Ses premiers résultats sont mentionnés en annexe du Référentiel de formation à l'entretien prénatal précoce de 2006 (27). Sur les 11 écoles qui ont répondu :

- 5 écoles ont déjà initié une formation à l'entretien, en 3^{ème} et 4^{ème} année, dans les modules de préparation à la naissance. Cet enseignement s'appuie sur les recommandations de l'HAS, sur le Plan Périnatalité et sur le Rapport sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Le volume horaire varie de 3 à 21 heures. Les enseignants sont, dans la plupart des cas, des cadres sages-femmes, et parfois des sages-femmes de terrain ou des psychologues. Pour les techniques d'entretien, les référentiels utilisés sont ceux qui existaient déjà dans la formation.
- 6 écoles n'ont pas intégré la formation à l'entretien prénatal précoce à leur programme d'étude. Soit elles l'assimilent à l'enseignement du module «consultations prénatales» (1 cas), soit elles attendent les textes réglementaires (1 cas) ou les directives de l'HAS pour la mettre en place. Toutes consacrent un temps de formation au travail en partenariat : soit en s'appuyant seulement sur les stages ; soit de manière plus formelle, à raison de 3 ou 4 heures ; soit en invitant des acteurs de terrain hors de l'obstétrique.

2.4 - COMMENT S'EFFECTUE L'ENTRETIEN ?

- **Savoir écouter et créer un climat de confiance**

Se former à l'entretien, selon B. Baby (119), sage-femme, c'est avant tout se former à l'écoute active, c'est-à-dire à une **écoute** qui permette à l'autre de se dire et de s'entendre. L'écoute suppose la capacité de recevoir, de recueillir les dits et les non-dits, y compris ce que la femme a l'intention de dire et ce qu'elle cache consciemment et inconsciemment. Se former à l'entretien, c'est aussi se former à la **reformulation**. Il s'agira de redire en d'autres termes et d'une manière plus concise ou plus explicite ce que la femme vient de dire, de mettre en lumière et de lui renvoyer le sens même de ce qui a été dit, l'essentiel. La reformulation se fera toujours avec l'accord de la patiente.

Cet entretien est compliqué à mener car il a un triple objectif : proposer une écoute, une aide et des informations diverses. Ces 60 minutes d'écoute et de soutien, d'information et de prévention doivent permettre de traduire les maux en mots, d'établir une relation, de comprendre et de soulager des femmes qui prendront le temps de s'exprimer, de faire des choix par rapport à la préparation à la naissance, à l'allaitement, d'élaborer un projet de naissance, de répondre à leurs inquiétudes. Il s'agit d'un projet très ambitieux qui demande une grande rigueur. Cet entretien ne pourra donc pas être mené comme un questionnaire à questions fermées, comme une discussion où l'on cherche à donner des arguments pour convaincre, ni comme une conversation. Il ne s'agit pas de donner son propre avis sur la péridurale ou l'allaitement, mais au contraire, de donner toutes les informations nécessaires afin que la femme puisse faire des choix en toute connaissance de cause.

Pour conduire l'entretien, l'HAS recommande de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées, susceptibles de mettre la femme et le couple en confiance, afin qu'ils se sentent libres d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement, mais aussi leur ressenti, qu'il soit de l'ordre de l'anxiété, ou de traumatismes actuels ou anciens, puisque ceux-ci pourraient être source de difficultés ultérieures (23). L'HAS dresse une liste des **éléments propices à l'instauration d'un dialogue productif** :

- qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie ;
- temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père ;
- reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple ;
- utilisation de questions ouvertes qui permettent d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement, les questions fermées étant utilisées pour obtenir une précision ;
- reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier ;
- possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens ;
- progressivité dans la délivrance des informations, des conseils ;
- clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète) ;
- assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées ;
- résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé ;
- assurance que la décision finale appartient à la femme, sachant que cette décision peut évoluer au cours de la grossesse ;
- confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique ;
- information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Dans l'objectif de créer un climat de confiance, le **choix du lieu** où réaliser l'entretien est également important. Effectué dans une salle de consultation de gynécologie, il risque de passer pour une consultation supplémentaire de suivi de grossesse. Il semblerait préférable qu'il soit réalisé dans un lieu à part, neutre, non médicalisé, afin de mettre les femmes enceintes, les couples et également le professionnel qui réalise l'entretien plus à l'aise. Idéalement, ce lieu devrait être convivial, sécurisant, on ne devrait pas pouvoir y être dérangé. La façon dont le professionnel se présente est également importante, selon qu'il reste en **tenue de travail** ou est

en vêtements de ville : une blouse donne une connotation médicale à l'entretien, mais il est parfois difficile pour le professionnel de changer ses habitudes de travail.

- **Choisir une approche douce pour ouvrir le dialogue**

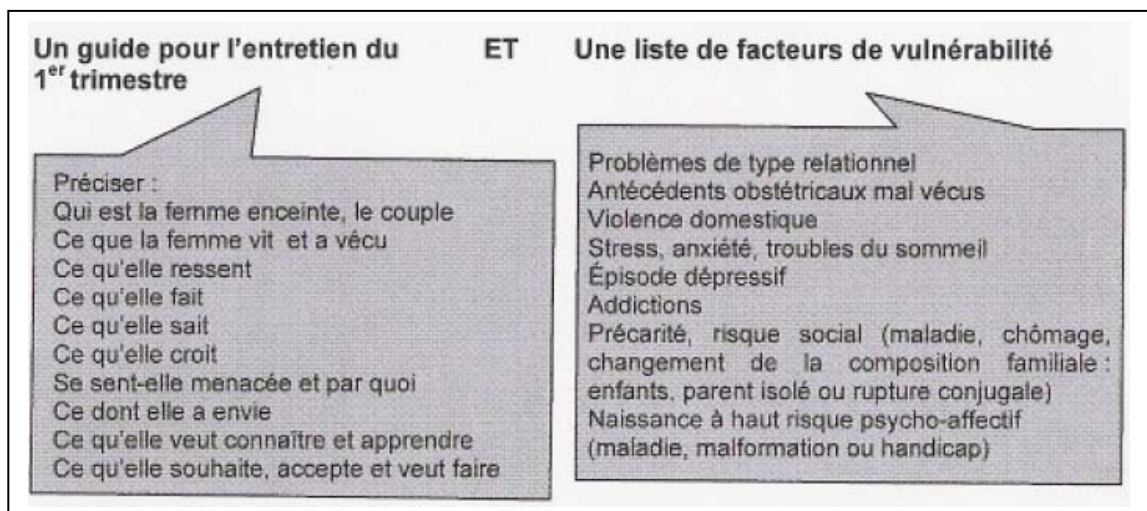
L'entretien est la mise en forme d'une pratique à laquelle aspirent les praticiens de la périnatalité : « accompagner la globalité (somatique, sociale, émotionnelle) de la grossesse afin d'en améliorer le déroulement, de favoriser la construction des places parentales et d'augmenter la sécurité des futurs parents ». Afin de saisir la grossesse dans sa globalité, il convient que les soignants prennent en compte les aspects émotionnels de ce que leur livrent les familles, au lieu de les déléguer de manière systématique aux psys. Cependant, il leur est fortement conseillé de s'intéresser d'abord aux composantes médicales, plutôt que d'aborder d'emblée les éléments affectifs. Il semble en effet que cette approche douce, centrée sur le suivi médical de grossesse, soit plus propice à l'établissement de liens de confiance qu'une approche fondée sur les vulnérabilités psychologiques. Par ailleurs, il est recommandé d'éviter l'exploration active du passé affectif, lorsque celui-ci n'a pas de point d'appel dans le présent de la grossesse. En cas de difficulté psychologique importante, il est préférable d'attendre que l'entretien soit bien avancé, c'est-à-dire qu'une relation de confiance ait pu commencer à s'établir, pour proposer un suivi qui paraisse recevable à la gestante.

Il faut peut-être réaffirmer que le registre émotionnel passe par la subjectivité et qu'aucune politique de prévention dans le domaine des troubles de la relation parents-enfant ne peut faire l'économie d'un authentique dialogue. Si l'on manque l'opportunité du suivi de la grossesse pour ouvrir ce dialogue, tout sera plus difficile par la suite, les parents n'ayant pas fait l'expérience du soulagement qu'ils éprouvent à se confier sans être jugés, ni de la possibilité de mobiliser autour d'eux une action professionnelle appropriée à leur vécu. Il s'agit, tout en gardant ses repères techniques, d'entendre la femme, pour ajuster les propositions d'aide à ce qu'elle éprouve.

2.5 - QUEL EST LE CONTENU DE L'ENTRETIEN ?

Dans les fiches de synthèse des recommandations pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (25), l'HAS propose deux outils pour que les professionnels puissent mener à bien l'entretien :

- un guide pour l'entretien, afin mettre en lumière les éléments qui doivent être abordés avec la femme, afin de bien cerner sa situation matérielle et émotionnelle ;
- une liste des facteurs de vulnérabilité, pour repérer les situations délicates pouvant nécessiter un accompagnement spécifique.



- **Le guide d'entretien proposé par l'HAS**

Dans les recommandations de l'HAS (23), on trouve un exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple. Ce guide d'entretien a été élaboré par le groupe de travail pluridisciplinaire de l'HAS à partir du formulaire canadien « Évaluation de la Santé Prénatale » (ESP) (Santé Canada 2000) et du diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (d'Ivernois 2004). Ce guide est organisé en plusieurs chapitres qui cherchent à cerner au plus près le déroulement de la grossesse de la femme enceinte, tant d'un point de vue matériel que du point de vue du ressenti :

« Qui est la femme enceinte » - Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale - Niveau d'arrêt des études - Niveau de ressources, couverture sociale - Habitat (commodités, vétusté) « Ce que la femme vit et a vécu » « Ce qu'elle ressent » - Suivi de la grossesse - Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés - Vécu de la grossesse précédente

- Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance
- Effets de sa grossesse et conséquences sur son quotidien
- Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.)
- Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)

« Ce qu'elle fait »

- Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité

« Ce qu'elle sait » et « Ce qu'elle croit »

- Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate
- Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple
- Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant

« Se sent-elle menacée et par quoi »

- Relations dans le couple
- Violence domestique, en particulier conjugale
- Stress, anxiété, troubles du sommeil
- Signes évocateurs d'un épisode dépressif
- Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)
- Précarité
- Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
- Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap

« Ce dont elle a envie »

- Projet de naissance
- Préparation à la naissance et à la parentalité

« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »

- Connaissances, savoir-faire, attitudes (cf. chapitre sur les compétences)

« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »

- Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse
- Attentes face aux décisions à prendre et aux changements envisagés
- Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

Si ce guide peut s'avérer une aide précieuse, il n'en reste pas moins que les soignants qui mènent l'entretien doivent rester vigilants et maintenir la souplesse de l'entretien, sa spontanéité, afin d'éviter qu'il ne tourne au simple questionnaire. En effet, **le principe du questionnaire s'oppose à celui de l'entretien**, qui vise à ouvrir un dialogue spécifique au cas de chaque femme. Il s'agit d'éviter de s'en tenir à une simple recherche systématique des facteurs de vulnérabilité associés à la grossesse, car cela pourrait donner aux femmes le sentiment d'être prises à défaut, et les conduire à se fermer au lieu de se livrer avec confiance.

- **Identifier les facteurs de vulnérabilité : un processus délicat**

Il n'existe aucun instrument d'identification des facteurs de vulnérabilité au cours de la grossesse qui ait été correctement validé, y compris pour la prévention anténatale de la dépression du *post-partum* (l'EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale - est un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français, qui permet d'aider au repérage d'une dépression après la naissance). Le groupe de travail de l'HAS craint que l'utilisation d'un questionnaire, administré ou auto-administré, n'aboutisse à stigmatiser les personnes et à augmenter leur sentiment de dévalorisation.

L'HAS recommande donc de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple. La liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité a été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir ni à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

Les principaux facteurs de vulnérabilité auxquels le praticien qui mène l'entretien doit se montrer attentif sont :

- les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse ;
- les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage ;
- la violence domestique, en particulier conjugale ;
- le stress, qui traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités ;

- l'anxiété, qui est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte ;
- les troubles du sommeil du début de grossesse, qui peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression ;
- un épisode dépressif durant la grossesse, caractérisé par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités ;
- la dépression du post-partum. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen de l'EPDS, son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- la dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments), qui entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper ;
- la précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités ;
- le risque social lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale) ;
- la naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

2.6 - LA FORMATION A L'ENTRETIEN

Suivant le Référentiel de formation à l'entretien, les actions de formation doivent avoir un caractère interdisciplinaire et être centrées sur la clinique, permettant de se représenter les rôles des différents professionnels, leurs spécificités, la manière dont ils s'articulent avec les autres spécialités, ceci dans un esprit de cohérence et de continuité. Il importe également de créer des espaces de rencontre, qui permettent un échange plus subjectif sur les difficultés rencontrées par l'ensemble des professionnels. Le caractère interactif de ces formations s'avère donc fondamental, dans la mesure où il permet aux intervenants de se situer les uns par rapport aux autres, sans risque de confusion des rôles.

- **Les objectifs et méthodes de formation**

Les enjeux liés à la formation sont de deux ordres : il s'agit d'une part de permettre à chaque professionnel d'acquérir les outils nécessaires pour mener à bien l'entretien prénatal, et d'autre part d'activer des pratiques en réseau sur le site, c'est-à-dire de développer un sens du travail en commun et du partage d'expérience. La question de la formation à l'entretien en lui-même sera traitée dans ce chapitre, tandis que la formation au travail en réseau sera abordée plus loin (III.1.4- La formation).

Il paraît utile de concevoir **deux types de sessions** (27) pour répondre à l'état d'esprit de l'entretien :

- les sessions réunissant les seuls participants à la formation, où on abordera plus spécifiquement le contenu, les techniques d'entretien, les échanges sur la pratique au travers de reprises de situations d'entretien ;
- les sessions pluridisciplinaires avec invitation de professionnels de la naissance (professionnels de maternité et de pédiatrie publique et privée, professionnels de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, professionnels du champs social et médico-social...), non pas comme participants à la formation mais comme partenaires, lors de certaines sessions ciblées sur un thème.

Le temps de formation à l'entretien est souvent assuré par des psychologues. Il s'agit, pour les professionnels, d'apprendre à mener un entretien grâce à une sensibilisation aux diverses **techniques d'entretien**, par exemple :

- la position d'écoute, qui est le fondement de l'entretien : c'est le positionnement intérieur de l'écouter qui est opérant. Il s'agit d'offrir à l'autre une présence attentive en acceptant de se laisser traverser par ce qui émerge ;
- l'écoute active, qui est une position d'écoute qui implique deux mouvements liés : l'écoute de l'autre et l'écoute de soi (différencier ce qui appartient à soi, à l'autre et à la relation) ;
- la position empathique, qui permet d'offrir une présence attentive et bienveillante à l'autre. L'écouter s'immerge dans le monde subjectif de l'autre, approche et comprend sa logique interne, sa propre dynamique et parcourt son monde ;
- la reformulation, qui permet au professionnel écoutant de vérifier s'il a bien compris et d'approcher au mieux l'expérience subjective des futurs parents. Pour les futurs parents, la reformulation leur permet de se sentir accueillis, écoutés, compris, respectés et les soutient à exprimer et à mettre en représentation leurs compétences et leurs difficultés.

A. Lefèvre, psychologue clinicienne et formatrice à l'entretien prénatal précoce propose un « fil rouge de l'entretien prénatal précoce » comportant **quatre temps** (201) :

- accueillir : importance de la qualité de l'accueil, se présenter, énoncer les objectifs et les modalités... ;
- écouter/recueillir : créer un climat favorable pour faciliter le déploiement de la parole, attitude d'écoute active, empathie, reformulation. Il s'agit d'accrocher la confiance en offrant un temps d'expression suffisamment long, accueillir la dimension émotionnelle, écouter là où ils en sont... ;
- ouvrir/transmettre : soutenir ou re-dynamiser la capacité et la créativité des parents, transmettre une information claire et ajustée, de façon progressive, maintenir de la bienveillance s'il y a des facteurs de risque, ouvrir des possibles, proposer une prise en charge adaptée... ;
- relier : relier sur l'après-entretien, relier la dynamique de l'entretien et se relier (relecture personnelle de l'entretien).

- **Les acteurs de la formation : formateurs, organisateurs et participants**

Selon le Référentiel de formation à l'entretien prénatal (27), la formation doit être l'occasion, sur chaque bassin de naissances, de réunir les acteurs de la périnatalité, que ce soit à partir de réseaux (personnes ressources) déjà actifs, à réactiver ou à créer. Ces formations ne se conçoivent qu'articulées aux instances (CRN, réseau périnatal...) chargées localement de la mise en place du travail en partenariat. Ainsi, la formation à l'entretien repose sur la réunion de trois pôles essentiels : les formateurs et les participants, bien entendu, mais également les organisateurs, qui permettent au projet d'aboutir, notamment grâce à l'obtention de financements.

L'équipe de formateurs doit être pluridisciplinaire et composée d'au moins une personne ayant pratiqué l'entretien (sage-femme en général), d'au moins un professionnel capable d'animer une reprise en groupe de cas clinique (professionnel du champ psy ou médical formé), et d'un ou plusieurs professionnels engagés dans l'organisation et la pratique du travail en réseau (coordinateur de réseau ou autres).

L'équipe d'organisation relève du réseau périnatal, s'il existe, qui est mandaté pour organiser et coordonner de telles formations et financer les libéraux. Il est chargé, en outre, de collecter et de diffuser l'ensemble des adresses des services susceptibles d'intervenir dans les suivis de grossesse et après la naissance. Les services de formation (des Conseils Généraux, des hôpitaux, de formation continue des généralistes) sont à même de s'organiser entre eux pour les financer (comme le laissent entendre les directives du Plan Périnatalité). Par ailleurs, l'équipe prévoit une cellule de reprise de « cas difficiles » pour pérenniser la formation.

Le public concerné par ces formations est l'ensemble des professionnels susceptibles de pratiquer l'entretien prénatal. Les sages-femmes sont le plus souvent majoritaires. Il est essentiel que toutes les catégories de pratiques soient représentées : libérale, hospitalière privée et publique, territoriale (équipes PMI des Conseils Généraux). Une session de formation doit permettre des échanges sur les points communs et les différences de pratique entre sages-femmes. Les médecins engagés dans le suivi des grossesses : obstétricien, médecin généraliste, médecin de PMI peuvent également y participer. Selon les bassins de naissance et l'état des pratiques, leur présence paraît indispensable pour couvrir l'offre d'entretien aux usagers. La diversité des participants permet que se discutent, site par site, leurs articulations réciproques. Une telle représentativité des catégories professionnelles est nécessaire pour que soit acquise une bonne connaissance des diverses places professionnelles. Des groupes de 15 à 25 participants sont nécessaires et suffisants pour atteindre cet objectif.

Parmi les **participants**, dont les expériences et les sensibilités diffèrent du fait de leur appartenance à des domaines variés du champ de la périnatalité, certains sont plus sensibilisés que d'autres à l'abord émotionnel du rapport au patient. Or, il s'agit d'un élément essentiel de l'entretien, qui mérite donc d'être abordé avec la plus grande attention au cours de la formation. Il convient donc que les formateurs s'adaptent au niveau de sensibilisation de chaque participant pour répondre à ses attentes et l'aider à développer cette faculté. On distingue le plus souvent trois niveaux de sensibilisation chez les participants :

- *des professionnels peu sensibilisés à l'abord émotionnel* : leur pratique, centrée sur les aspects physiologiques de la grossesse, ne les a pas familiarisés au recueil des données émotionnelles. Ils devront acquérir dans un premier temps des outils pour mener l'entretien (sécurité personnelle dans l'interrelation), puis, dans un second temps, la culture du travail en partenariat (penser sa propre place en fonction de celle des autres) ;
- *des professionnels sensibilisés à l'abord émotionnel mais peu expérimentés au travail en partenariat* : il s'agit pour eux de transférer ce savoir-faire issu de leur pratique habituelle pour saisir la spécificité de l'entretien. L'expérience du groupe de travail a montré qu'un certain nombre de ces praticiens ont développé ces qualités d'écoute en cultivant la relation individuelle mais en restant isolés des autres professionnels. L'effort pédagogique sera mis pour eux sur la culture du travail en réseau ;
- *des professionnels bien sensibilisés à l'abord émotionnel et au travail en partenariat* : ils savent repérer les facteurs de risque, ils connaissent les acteurs de terrain susceptibles de répondre aux besoins mais sont en difficulté face au cloisonnement institutionnel et au peu de moyens accordés aux reprises de cas. En début de formation, leur expérience peut être utilisée pour la présentation de cas cliniques et pour développer la question des transmissions.

- **L'évaluation et le suivi des formations**

L'évaluation (27) porte sur deux points : d'une part, l'acquisition par chaque professionnel des outils nécessaires pour mener à bien l'entretien prénatal ; d'autre part, l'activation des pratiques en réseau sur le site. Il s'agit non seulement de prendre la mesure de ce que les participants ont intégré pendant leur session de formation, mais encore, de manière plus large, de voir dans quelle mesure un « esprit de réseau » s'est développé sur le site.

Pour **les participants**, il convient de se demander s'ils ont intégré l'état d'esprit et le contenu du Plan Périnatalité, les objectifs de l'entretien, l'apport des recommandations de l'HAS. Il faut aussi regarder s'ils ont pu acquérir ou développer les deux types de compétences distinctes mais étroitement liées que sont l'aisance dans la rencontre individuelle et la pertinence dans le travail en partenariat.

Pour **le site**, un des points essentiels consiste à savoir si les professionnels sont à l'aise pour présenter l'entretien. Il faut également se demander si l'ensemble des acteurs de périnatalité a pu apprécier les bénéfices de l'entretien en termes de qualité de naissance. Il faut enfin regarder s'il existe une instance de suivi pour la mise en place de l'entretien (Réseau ou CRN) à même d'évaluer son utilisation par les usagers, et s'il existe une instance de reprise des cas difficiles pour ceux qui mènent l'entretien.

2.7 - *PRIMUM NON NOCERE*

La dimension potentiellement iatrogène de cet entretien ne doit pas être sous-estimée. En effet, il peut être néfaste pour la femme enceinte que l'entretien soit conduit par un professionnel qui n'a pas reçu de formation spécifique : on imagine facilement comment des questions intimes posées de façon inappropriée (par exemple sur un mode d'interrogatoire très fermé, ou de façon intrusive) peuvent empêcher la femme de se dévoiler sur le moment et même la rendre méfiante pour la suite, ou comment un professionnel qui n'a pas conscience de ses limites et qui s'engage dans un pseudo « entretien psychothérapeutique » sans en avoir les compétences, peut déstabiliser la femme enceinte en la laissant avec des problèmes réactivés mais sans soutien. Cette question va être approfondie dans une thèse en cours de rédaction, par M. Lecacheux, interne en psychiatrie à Nantes.

- **S'en tenir aux enjeux que la femme peut assumer et qui peuvent être pris en charge en aval**

Les consultations médicales classiques, de courte durée, ont fait la preuve de leur inefficacité dans le registre émotionnel. Les futurs parents ne peuvent s'exprimer, sont rassurés trop vite, n'imaginent pas que ce qu'ils éprouvent peut intéresser le médecin... Le souhait de transmettre des « messages de santé publique » tombe à plat tant que la femme enceinte n'a pas pu exprimer ses propres sentiments sur la venue d'un enfant, ses questions quant aux explorations techniques (triple test, amniocentèse...).

Un entretien précoce avec un professionnel de la naissance permettrait non seulement d'ouvrir le dialogue, de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais constituerait en soi un premier point de sécurité, sans qu'un appel au « spécialiste psy » n'intervienne trop vite, de manière non préparée, éventuellement dévalorisante pour la femme. En effet, les « psys » sont de plus en plus sollicités quand surgit une angoisse, ou à l'occasion d'événements comme la perte d'un enfant, avant même d'avoir eu recours au médecin de famille ou aux sages-femmes, par exemple. On peut s'interroger sur le message implicite que comporte la proposition systématique d'une intervention psychologique dans les souffrances existentielles : « vous avez besoin d'un psy pour affronter la douleur ». Dans le même registre, la proposition trop rapide d'un « psy » peut entraîner la dévalorisation des professionnels de première ligne dans ce rôle qu'ils souhaitent de plus en plus intégrer à leur pratique.

Il faut mettre l'accent sur les risques d'interventions consistant à interroger les femmes ou les couples sur des événements du passé qui ne sont pas en lien avec la grossesse actuelle, sans pouvoir leur proposer un suivi en aval. De même, en ce qui concerne les addictions, il est nocif de questionner la femme, de la culpabiliser si l'on ne peut pas lui proposer une aide adaptée ensuite. En d'autres termes, l'entretien se révèle inutile voire dangereux s'il n'est pas complété par un réseau de prise en charge en aval.

- **Assurer en aval les suites de l'entretien précoce, au travers des réseaux de périnatalité**

La nécessité pour un professionnel de travailler en réseau lorsqu'il réalise un entretien prénatal est soulignée dans le Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre (27). Le cloisonnement et le manque de cohérence entre les professionnels sont souvent interprétés par les parents les plus vulnérables comme des révélateurs de leur incompétence parentale, de leur peu de valeur, de leur impuissance. Cette situation engendre du stress, avec le cortège de dépression et de troubles du comportement qui en découlent. Les parents peuvent se retrouver au cœur d'incohérences, de substitutions de place, de rivalités, d'annulations réciproques, à la faveur

des silences ou conflits interprofessionnels. Ils n'en ont pas toujours conscience, dans une confusion de leur propre malaise avec les défaillances de l'environnement – répétitions parfois de ce qui s'est vécu dans le passé.

Chaque professionnel a la sensation d'agir de façon logique et cohérente, mais il ne se réfère alors qu'à ses impératifs institutionnels, ou à son idée personnelle de sa mission, sans se représenter réellement la place de l'autre. Alors même qu'il se révèle souvent très compétent dans son domaine d'exercice, il se trouve dans l'incapacité de se représenter l'ensemble du système de soin et ses articulations nécessaires, celles-ci étant d'autant plus complexes que la situation est délicate : annonce d'une anomalie fœtale, problèmes d'addiction, grossesses à haut risque...

La réalisation systématique d'un entretien prénatal précoce ne prend tout son sens qu'articulée à la mise en place ou au maintien du réseau de proximité, seul moyen de freiner l'échappée vers une succession de spécialistes. Sans la mise en place d'un réseau cohérent et bien maîtrisé par tous les acteurs du domaine de la périnatalité, l'entretien prénatal précoce ne peut s'avérer bénéfique.

2.8 – ETAT DES LIEUX (ENQUETE NATIONALE 2006)

Une interne de gynécologie-obstétrique du CHU de Nantes, S. Proust, a réalisé, dans le cadre de son mémoire de DES, un état des lieux de la mise en place de l'entretien prénatal précoce, au niveau régional et national (217), en 2006. Elle a contacté 30 maternités hospitalo-universitaires ainsi que les 24 maternités de la région Pays de la Loire, d'abord par email puis par l'intermédiaire des cadres sages-femmes.

Un questionnaire comportant cinq questions leur a été soumis:

- Avez-vous mis en place l'entretien prénatal précoce dans votre maternité ?
- Si oui, depuis quand ? Si non, quand comptez vous le faire ?
- Combien d'emplois équivalents temps plein (ETP) de sage-femme avez vous obtenu pour cette mission ?
- Combien d'accouchements ont eu lieu dans votre maternité l'année dernière ?
- Avez-vous des commentaires sur l'entretien prénatal précoce ou sur sa mise en place ?

• Les résultats nationaux

Sur 30 maternités hospitalo-universitaires contactées, 19 réponses (63,3%) ont été obtenues (Nice, Strasbourg, Tours, Amiens, Rennes-Hôtel-Dieu, Rennes-Hôpital Sud, Caen, Besançon,

Poitiers, Montpellier, Reims, Bordeaux, Toulouse, Rouen, Angers, Lille, Lyon-Hériot, Brest, Nantes.). Sur ces 19 maternités, l'entretien prénatal précoce a été mis en place dans 26,3% des cas (5 centres). Parmi les CHU n'ayant pas mis en place cet entretien, 4 ont l'intention de l'organiser avant la fin de l'année 2006 (28,6%). Les autres se disent actuellement en trop forte pénurie de sages-femmes pour pouvoir l'appliquer correctement.

Plusieurs réflexions se dégagent des réponses :

- le manque de moyens semble être un obstacle indéniable à la mise en place de l'entretien prénatal précoce : tout d'abord le manque de sages-femmes, mais aussi le manque de locaux pour pouvoir assurer ces consultations ;
- une formation spécifique à cet entretien semble indispensable, afin de mettre en garde sur ce que l'entretien ne doit pas être : ni une consultation qui permettrait de remplir les dossiers, ni l'énoncé de règles hygiéno-diététiques ou de conseils sur la grossesse ;
- il existe pour les CHU un réel problème de recrutement, puisque les patientes ne sont vues, en règle générale, qu'à partir du septième voire du huitième mois de grossesse. Il serait possible d'informer précocement les patientes qui viennent dans ces centres pour effectuer leur échographie du premier trimestre, mais, pour les autres, l'information devrait passer par les médecins généralistes, les gynécologues médicaux de ville et les sages-femmes libérales ;
- enfin, certains craignent que la population qui aura accès à ces consultations ne soit pas celle qui en a le plus besoin. L'entretien prénatal précoce n'est pas obligatoire, il doit être proposé à titre systématique, et il n'est pas certain que les patientes vulnérables s'y rendront.

Le nombre d'**équivalents temps plein (ETP) théoriques de sage-femme** a été calculé, rapporté au nombre d'accouchements par site et par an, de façon à ce que chaque patiente puisse bénéficier de l'entretien prénatal précoce. Ce nombre d'ETP théorique est comparé au nombre d'ETP actuel. Ainsi, on constate que, si la maternité de Montpellier a plus de temps de sage-femme consacré à l'entretien qu'il ne serait théoriquement nécessaire vu le nombre d'accouchements, la maternité de Lille, en revanche, est loin de pouvoir proposer l'entretien à toutes les femmes qui y accouchent.

Centres	Nombre d'accouchements	ETP sage-femme	ETP sage-femme théorique
Montpellier	3000	2	1,45
Reims	1500	1	0,72
Bordeaux	2200	1	1,06
Nantes	3639	1	1,75
Lille	4500	0,70	2,17

- **Les résultats régionaux**

Les 24 maternités de la région Pays de la Loire ont été contactées, dont 2 CHU (Angers et Nantes), 8 cliniques et 14 centres hospitaliers. Sur 17 réponses obtenues (70,8%), 7 de ces maternités ont mis en place l'entretien prénatal précoce (41,2%) et 3 ont l'intention de le mettre en place dans les six mois. Là encore, l'effectif de sages-femmes, rapporté au nombre d'accouchements par an et par site, est insuffisant pour que chaque patiente suivie puisse bénéficier de l'entretien prénatal précoce dans la maternité où elle accouche.

Centres	Nombre d'accouchements	ETP sage-femme	ETP sage-femme théorique
CH Le Mans	3 400	0,7	1,64
CH Cholet	2 095	0,75	1,01
CH Ancenis	750	0,25	0,36
Clinique Brétéché	1 260	3-4	0,61
CHU Nantes	3 639	1	1,75
CH La Roche	2 400	0,75	1,16

Les commentaires recueillis auprès des centres de la région concordent avec ceux des CHU :

- pénurie de sages-femmes, manque de moyens, inquiétude par rapport à la façon dont doit être mené cet entretien afin qu'il ne soit pas une consultation ou un cours de préparation à l'accouchement supplémentaire ;
- certaines cliniques et certaines maternités publiques de niveau I font remarquer qu'elles n'organisaient pas de préparation à l'accouchement et qu'elles ne mettront donc pas en place l'entretien prénatal précoce ;
- le problème du recrutement des patientes est soulevé, et plusieurs structures ont organisé une collaboration avec les intervenants libéraux (les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les sages-femmes libérales, la Protection Maternelle et Infantile) qui voient précocement les patientes ;
- tous affirment leur motivation pour mettre en place cet entretien et réclament une formation spécifique, qui est en train de s'organiser au sein du réseau de périnatalité.

- **Conclusion**

Une estimation du nombre de postes de sages-femmes nécessaire pour réaliser un entretien individuel avec toutes les femmes enceintes chaque année a été calculée. Sachant qu'une sage-femme employée à temps plein avec un emploi du temps fixe travaille 1 554 heures par an, elle peut assurer au maximum 2 072 entretiens prénatals précoces chaque année, à raison de

45 minutes par entretien, à condition qu'elle se consacre uniquement à cela. Donc, pour que les 760 000 femmes enceintes en France par an puissent bénéficier de cet entretien, il faudrait au minimum y consacrer 367 postes de sages-femmes.

TROISIEME PARTIE

LE TRAVAIL EN RESEAU : IMPERATIF D'UN SUIVI REUSSI ?

1- LES RESEAUX PERINATALS

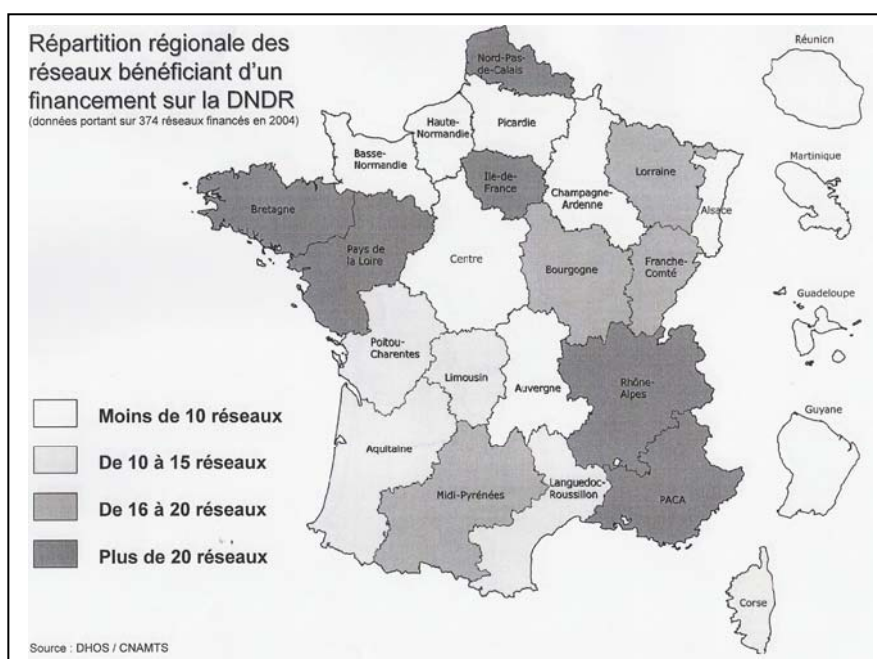
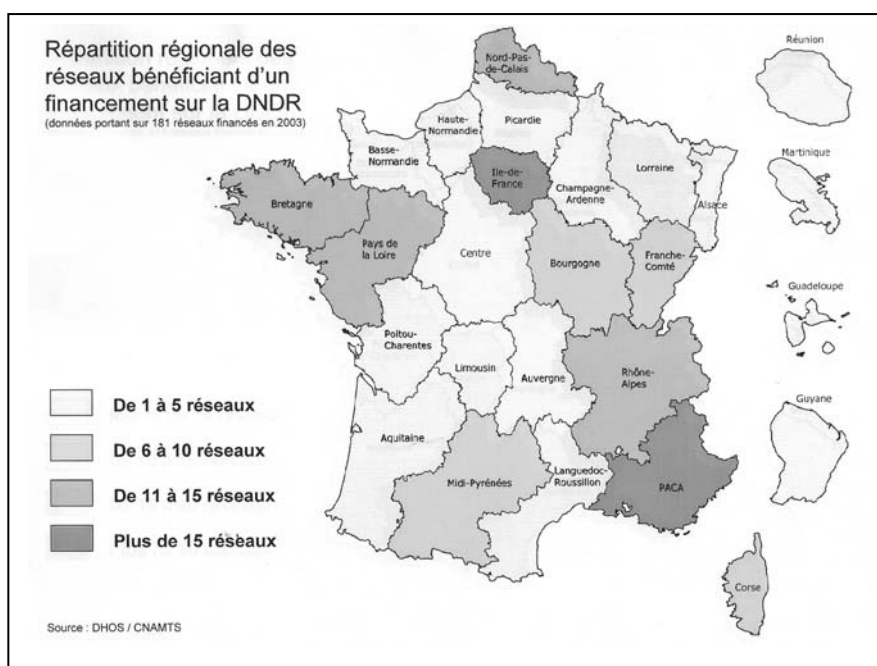
L'entretien prénatal précoce, comme nous venons de le voir, n'a de sens que s'il peut ouvrir, en cas de besoin, sur une aide personnalisée. Or, pour apporter cette aide, il est indispensable de s'appuyer sur un réseau de professionnels de proximité couvrant une large diversité de spécialités et capables d'interagir.

Mais l'entretien prénatal précoce, comme l'explique F. Molénat (173), n'est pas seulement une aide aux futurs parents (ce qui est la moindre des choses dans un système de soins), mais aussi une aide pour l'ensemble des professionnels. Il faudrait dire aux femmes : « nous avons besoin de vous entendre pour ajuster notre suivi au plus près de ce que vous éprouvez, tout en gardant nos repères techniques ». L'entretien devient alors le pivot essentiel de l'activation d'un réseau personnalisé autour des familles qui en ont besoin.

1.1 - LA NOTION DE RESEAU

- **Le réseau : un thème à la mode, mais dont la mise en place pose problème**

Dans un article au titre provocateur « Le réseau, mot magique ou piège ? » (120), G. Baillon constate que, depuis quelques années, le mot réseau envahit **discours et textes officiels** du ministère de la Santé. Il est devenu l'alpha et l'oméga du « politiquement correct ». Qui veut être bien vu se dit et se présente en réseau. Ainsi, B. Kouchner, Ministre de la Santé, en lançant les Etats Généraux de la Santé Mentale en 1998, a conclu la journée en disant : « Vous êtes nombreux aujourd'hui à avoir prononcé un mot magique, car il répond à toutes les questions posées, c'est le mot « réseau » ! ». Cet engouement récent pour le mot a induit une multiplication des réseaux de santé sur le territoire national, comme en témoignent les deux cartes suivantes, qui montrent, à l'échelle régionale, l'évolution du nombre de réseaux financés par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux entre 2003 et 2004.



Dans le chapitre intitulé « Des réseaux et des femmes », tiré de l'ouvrage *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, M. Naiditch (98) reprend trois **définitions** du terme « réseau » tirées du Petit Robert, qu'il adapte au domaine de la santé :

- *tissu à maille large, filet* (ce qui implique nécessairement un contenu, non précisé mais que le filet est censé attraper, retenir, voire canaliser) ;

- *ensemble des conducteurs disposés entre deux points formant des mailles et des nœuds* (avec l'idée que quelque chose, du courant ou des patients, passe dans le réseau en suivant un chemin prédéterminé, du fait de l'agencement particulier du dispositif) ;
- *organisation clandestine formée par des personnes obéissant aux mêmes directives* (apparaît l'idée du collectif d'acteurs, plus ou moins en marge de la société, doté de règles de fonctionnement qu'ils se doivent de respecter).

Selon l'**ANAES**, un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou à une population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. Il est composé d'acteurs : professionnels des champs sanitaire et social, de la ville et des établissements de santé ; associations d'usagers ou de quartier ; institutions locales ou décentralisées. La coopération des acteurs dans un réseau est volontaire et se fonde sur la définition commune d'objectifs.

Mais si le terme « réseau » et, par là même, celui de « globalité » des prises en charge, sont très utilisés dans les textes ou les discours, la **réalité de terrain** est toute autre. Il existe un décalage profond entre les progrès techniques liés à l'avancée des connaissances scientifiques et la nature des réponses apportées aux attentes des personnes, que celles-ci jugent trop segmentées, restreintes à leur dimension médicale et donc incapables de prendre en compte la singularité et la globalité des individus, ainsi que la dimension sociale et relationnelle des soins. Cela serait dû, selon M. Naiditch, à un certain nombre de dysfonctionnements dont souffre notre système de santé, notamment :

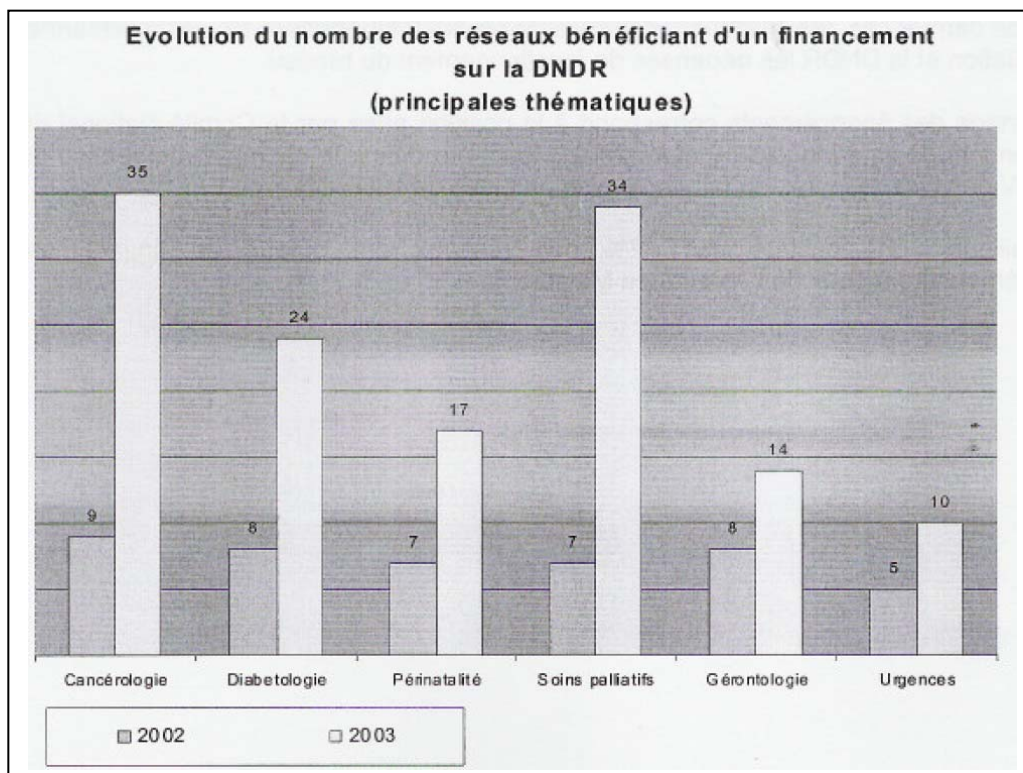
- une spécialisation croissante des métiers, s'accompagnant d'une très faible coordination des différents professionnels dans l'organisation de leur travail (au sein de l'hôpital et avec l'extérieur de l'hôpital) ;
- une très faible interaction et une coopération inexistante (mais que tous jugeraient nécessaire) entre le monde médical et le monde social ;
- un très fort cloisonnement entre la ville et l'hôpital ;
- des modes de financements multiples et contradictoires accroissant la faible cohérence globale du système.

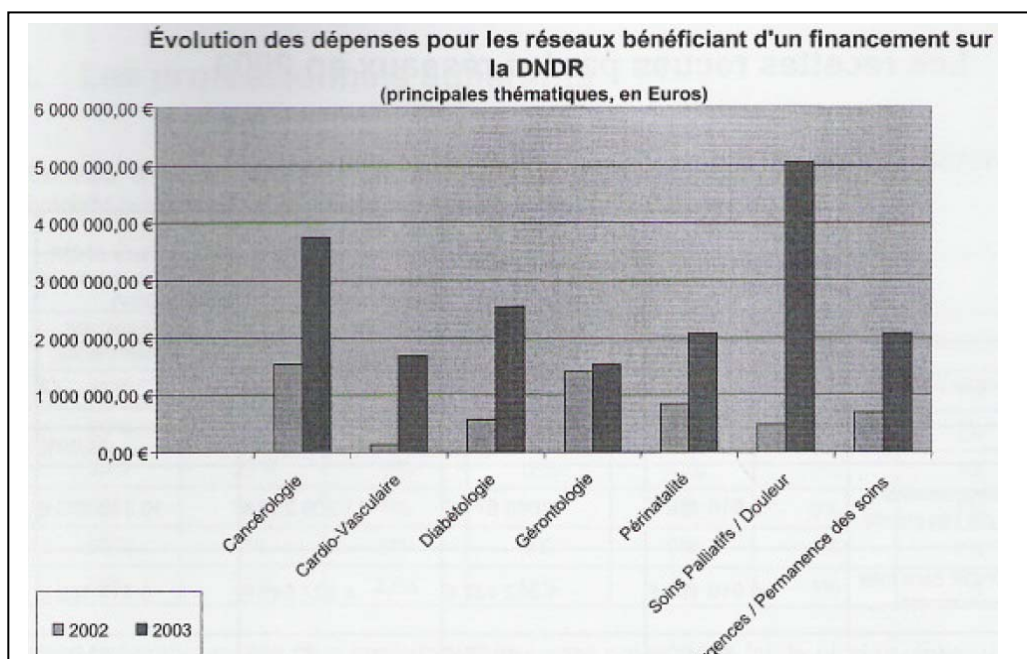
- **Compléter les réseaux inter-hospitaliers par des réseaux ville-hôpital**

Les décrets de 1998 ont permis l'émergence de **réseaux de périnatalité** (3), mais, toujours selon M. Naiditch, ce sont des réseaux bancals, uniquement inter-hospitaliers. S'ils ont bien un « corps », il leur manque les « jambes » (l'amont : le suivi de la grossesse) et les « bras » (l'aval : les suites de couche) et une bonne partie de la « tête » (une cohérence globale fondée sur des objectifs communs). Il reste donc à parachever ce changement et à faire en sorte que les acteurs de ces réseaux inter-hospitaliers puissent travailler en harmonie avec ceux des réseaux intra-hospitaliers.

En effet, les réseaux régionaux de périnatalité se sont développés en restant très centrés sur des problématiques hospitalières de **transferts inter-établissements**, en se focalisant uniquement sur le haut risque médical, négligeant de ce fait le risque social et psychologique, tout en étant marqués par des enjeux de pouvoir symbolique entre spécialistes. Aujourd'hui, il apparaît nécessaire de compléter le réseau hospitalier périnatal en considérant non plus la trajectoire hospitalière de la maman et du bébé ou du fœtus, mais l'ensemble de la trajectoire de la grossesse. On tente de repérer précocement les risques psychiques et sociaux, d'adapter le suivi aux besoins des femmes et des nouveau-nés, d'aider à construire un véritable projet parental, de suivre après leur sortie les enfants et les mères qui le nécessitent. Cela suppose de réunir des mondes professionnels et des institutions encore plus éloignés que ceux de l'obstétrique et de la pédiatrie.

Dans les conclusions de la Mission Périnatalité (31) menée par G. Bréard, F. Puech et JC. Rozé en 2003, une des propositions vise à renforcer le fonctionnement en réseau. Les décrets de 1998 ont accéléré la formalisation des réseaux inter-hospitaliers. Toutefois, même si le nombre des réseaux périnatals inter-hospitaliers, financés par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR), a plus que doublé entre 2002 et 2003, passant de 7 à 17, il n'en reste pas moins que la sphère périnatale demeure, en valeur absolue, une de celles qui compte le moins de réseau. Ce double constat d'une progression rapide sur la base d'un retard important se vérifie également en matière de financements alloués par la DNDR.





Ce travail en réseau a contribué à augmenter la sécurité en définissant les situations justifiant un transfert, en améliorant les conditions et l'organisation de ces transferts, en facilitant la communication et en évitant l'isolement des professionnels. Mais les réseaux doivent non seulement réguler la coopération inter-hospitalière public-privé dans le domaine de la périnatalité mais également **couvrir l'amont et l'aval**, c'est-à-dire l'organisation du suivi de grossesse en amont, le suivi du nouveau-né présentant une déficience d'origine périnatale qui risquerait de développer un handicap en aval. Amont et aval couvrent également le dépistage et la prise en charge du risque psychosocial. Amont et aval ne peuvent reposer que sur un **réseau ville-hôpital**, puisque de nombreux acteurs intervenant en amont et en aval de l'accouchement n'appartiennent pas aux structures hospitalières, comme dans le cas de la PMI.

- **Le réseau : un outil performant pour envisager le patient dans sa globalité**

A l'heure actuelle, chaque professionnel travaillant dans le champ de la périnatalité tente de « bricoler » dans son coin des solutions aux problèmes que lui posent ses patients, en essayant de repérer les autres professionnels et les compétences qui lui sont nécessaires pour mieux prendre en charge une mère ou un enfant dont il a la responsabilité. Or le réseau constitue une autre modalité d'action : celle qui est commandée par la volonté de plusieurs professionnels ou de plusieurs institutions de s'organiser collectivement pour agir ensemble afin de rendre plus prévisibles les trajectoires des mères et des enfants, tout en conservant à cette organisation assez de souplesse et de réactivité pour qu'elle soit en mesure de répondre aux aléas éventuels et de gérer au mieux les cas les plus urgents ou les plus singuliers.

Le réseau, c'est d'abord, selon M. Naiditch (98), une communauté vivante, qui se mobilise pour chercher une réponse locale adaptée à chaque situation, qu'elle soit banale ou spécifique. Son caractère innovant tient avant tout à son organisation, qui coordonne l'intervention des différents acteurs autour d'une mission commune, d'un projet partagé. Cette mission n'est pas imposée de l'extérieur, mais émerge de la dynamique de groupe qui constitue le cœur même du réseau ; elle résulte d'une véritable « **action collective** ». En effet, le réseau est bien de l'ordre du collectif, c'est-à-dire du partage, et non de l'ordre de la simple accumulation des compétences propres à chaque acteur. Loin de s'en tenir à un simple carnet d'adresse, qui permettrait uniquement de rediriger les femmes, couples ou nourrissons vers les acteurs appropriés, il s'agit de faire émerger un projet collectif et des pratiques communes, centrés sur une approche globale du patient.

M. Naiditch (98) considère que la coordination entre les acteurs du réseau devrait se faire de façon souple et efficace, par ajustement mutuel. Selon lui, l'un des enjeux des futurs réseaux de soins, probablement le plus délicat mais le plus essentiel, sera de parvenir à maintenir dans les services qu'ils proposeront, cette dimension humaine liée à la singularité des actes de soins, tout en adoptant un certain nombre de règles, indispensables puisque le réseau est une organisation.

Le réseau, au-delà de son rôle de support d'une organisation des prises en charge, doit donc être analysé comme la résultante d'un ensemble d'actions appuyant un projet de changements soutenu par un groupe porteur de valeurs communes. Le travail sur les **valeurs communes** est essentiel au démarrage de tout réseau. Il n'est en effet pas sûr que les valeurs de l'obstétricien, du psychiatre, du travailleur social et de la puéricultrice soient les mêmes. Construire une représentation commune du problème à résoudre et rechercher collectivement des réponses oblige à une réflexion sur la manière nouvelle de se partager les tâches. Se posent aussi les questions de partage des responsabilités, des pouvoirs et des identités de chacun. En ce sens, c'est le façonnage d'une nouvelle culture du soin qui se joue à travers la construction d'un réseau.

Cette **nouvelle culture du soin** implique une collaboration entre obstétriciens et psychiatres, où les places de chacun sont à définir. Dans un chapitre de l'ouvrage *Psychiatrie périnatale* consacré à la collaboration entre psys et équipes obstétricales, M. Dugnat (71) précise que les collaborations ambitionnent d'augmenter le savoir-faire des obstétriciens et des équipes à l'accompagnement « psychologique » de leur patiente dans des situations normales ; d'améliorer leurs capacités à gérer des situations limites pouvant dans certains cas nécessiter l'intervention d'un psychiatre ; de les aider à apprendre à s'adresser aux psys de façon telle qu'ils puissent commencer une prise en charge dans de bonnes conditions. Réciproquement, il s'agira pour le psychiatre d'apprendre à mesurer les limites de son travail et à s'adapter à des interventions plus actives, plus courtes et plus limitées ; de faire évoluer les pratiques de soins pédiopsychiatriques en matière d'interventions précoces, voire très précoces, notamment par une participation à la prévention de la répétition de situations pathologiques d'une grossesse sur l'autre, dans des familles déjà connues. En d'autres termes, la notion de sécurité globale en périnatalité nécessite

que les somaticiens, garants de la sécurité médicale, sachent qu'ils peuvent participer à la sécurité psychique de la maternité, que les psys puissent soutenir ce travail, mais aussi que l'on se contente d'une équation sommaire : sécurité globale = sécurité médicale + sécurité psychique. En effet, c'est bien de la confrontation de deux logiques différentes qu'émerge actuellement une conception globale de la place des différents professionnels autour des mères, des pères et des bébés, dans cette période cruciale de la naissance et de la périnatalité.

- **La fonction contenante du réseau : protéger les familles et les professionnels**

Dans les situations extrêmes, le service hospitalier constitue un contenant essentiel pour protéger l'enfant et le parent et pour aider celui-ci à se reconstituer en cas de défaillance. Cette fonction contenante de l'institution s'appuie en priorité sur l'attention accordée aux **parents** et aux **futurs parents**. Il est nécessaire de prendre acte de ce qu'ils disent ou montrent avant de leur répondre. Cela demande d'aller à la découverte, même rapide, de leur spécificité, de prendre le temps de leur laisser exposer leurs questions, de les autoriser à ne pas savoir, à ne pas comprendre d'emblée. Ils ont besoin de compassion, d'une présence respectueuse et non intrusive.

JP. Visier, dans le chapitre intitulé « Quand pédopsychiatres, pédiatres et obstétriciens travaillent ensemble. Du holding à l'identification », dans l'ouvrage *Psychiatrie périnatale* (113), analyse l'impact majeur que peuvent avoir les paroles, les attitudes, les comportements du médecin et de l'équipe auprès d'un parent en grande difficulté. Alors qu'il est en risque de perdre ce qui lui est le plus essentiel, c'est-à-dire son enfant, il doit continuer à se sentir reconnu. En danger d'être annulé comme parent, il doit garder l'assurance d'être pris en considération, contenu, relié « quand même », à travers et malgré la défaillance – réelle ou fantasmatique - de sa parentalité. Il peut trouver cette reconnaissance en lui-même, chez son conjoint, chez ses parents, chez ses autres enfants, mais elle sera attendue en priorité du somaticien.

Le réseau a également une fonction contenante pour le **professionnel** qui réalise l'entretien et pour tous les autres professionnels qui sont amenés à intervenir à différentes étapes de la prise en charge d'une famille. Dans les relations avec les familles en difficulté, cette dimension essentielle leur confère le minimum de sécurité et de sérénité indispensables pour qu'ils puissent exercer leur métier et apporter aux familles l'aide dont elles ont besoin. Dans les relations entre professionnels, la fonction contenante permet à chacun de jouer son rôle et à tous de travailler ensemble, comme on le verra dans la suite de cette partie.

- **Réseaux formels, réseaux informels : une coordination difficile**

Dans un article publié dans la revue *Dialogue* en 2002, M. Dugnat analyse les tentatives qui visent à renouveler l'approche de la prévention en santé mentale et psychiatrie périnatale (146). Il distingue les **petits et grands réseaux**. Les « macro » réseaux sont les réseaux de périnatalité

mis en œuvre pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes et des grossesses à risque ainsi que des nouveau-nés et en particulier des prématurés. Ils tendent à rationaliser la prise en charge des naissances à risque médical en organisant les maternités en fonction de la proximité et du niveau d'équipement du service de néonatalogie le plus proche : maternités de niveau I, II, IIa, IIb, III. Dans cette acception technocratique des réseaux de périnatalité tels qu'ils sont prévus par les décrets de périnatalité de 1998, la dimension initiale du terme « réseau » a disparu.

Si on désigne par « réseau » la manière dont les différents professionnels qui se succèdent aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance sont reliés les uns aux autres, les « micro-réseaux » ont, parfois sous d'autres appellations, précédé les « macro-réseaux ». Les micro-réseaux se soucient de la **continuité** de l'environnement proposé aux parents et à l'enfant et se définissent plus par des modalités de fonctionnement souples et un état d'esprit partagé entre les acteurs que par une organisation.

Or, si la question de la continuité est essentielle, car c'est la condition de l'installation de la relation, il est notable que les différentes institutions concernées, porteuses de mandats différents dans le registre somatique, psychologique, voire social, sont également porteuses de discontinuités interinstitutionnelles majeures. Et il faut reconnaître que la iatrogénie médicale liée aux progrès techniques n'a rien à envier à la iatrogénie des mesures de protection de la mère et de l'enfant qui sont fréquemment mises en œuvre de façon désordonnée sur le plan social.

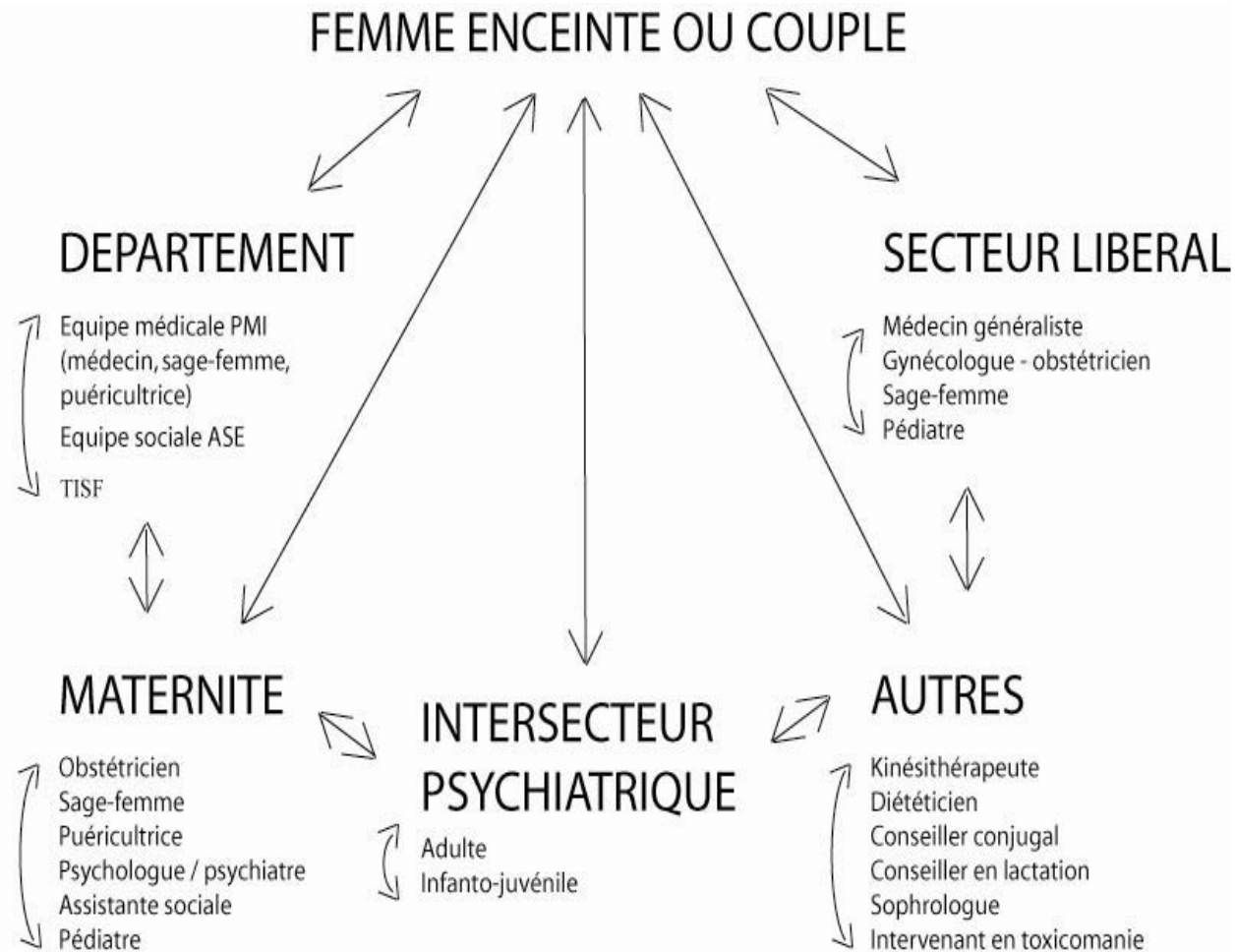
Dans ce contexte, la question de la place du soutien « psy » ne se pose pas *a priori* en termes d'intervention directe, mais, dans un premier temps, comme une question de recours, ou plutôt de lecture de dispositif pour une « clinique du travail en réseau » entre des professionnels en qui la mère et plus généralement la famille aient suffisamment confiance. La difficulté que posent ce mode de fonctionnement et ce type de réseau aux autorités sanitaires ou médico-sociales est leur caractère non institutionnel : ces pratiques basées sur la constitution d'une habitude de travail et sur la dynamique d'acteurs individuels sont toujours à reprendre à travers des formations, mais aussi des relectures de situations.

Ces deux types de réseaux, les premiers étant à certains endroits baptisés « grands réseaux » ou « **réseaux officiels** », les autres « petits réseaux » ou « **réseaux informels** », ne sont pas forcément contradictoires, mais il est empiriquement constaté qu'ils sont difficiles à co-organiser. Si les progrès liés à la mise en œuvre du Plan Périnatalité, qui tend à organiser les relations entre les différents types de maternités sur un mode de collaboration, sont indéniables en termes de sécurité physique, en revanche il reste à régler des questions de **confiance** entre les différents professionnels impliqués. Les parents sont très sensibles aux divergences voire aux incohérences entre les personnes ainsi qu'aux clivages entre les institutions. Cette difficulté, importante pour les familles ordinaires, devient cruciale pour les familles les plus fragiles, qui peuvent être prises dans des rivalités, des modalités d'intervention, des discours complètement différents, qui les laisseront

d'autant plus démunies qu'elles ne comprendront pas les enjeux ou que l'incohérence et l'instabilité de ces logiques viendront redoubler des fragilités liées à leur propre enfance.

1.2 - LES PARTENAIRES DU RESEAU DE PROXIMITE

Les partenaires exercent dans des secteurs et des institutions diverses. Pour un fonctionnement efficace du réseau, les échanges doivent se faire à l'intérieur de chaque groupe de professionnels, entre les divers groupes de professionnels et, prioritairement, avec la femme ou le couple à l'écoute desquels les aides doivent être constamment adaptées, pour leur proposer un réseau gradué de compétences de proximité.



SCHEMA DES PARTENAIRES
(Conception et réalisation A.Chauvet-Baron, 2006)

1.3 – LE CADRAGE NATIONAL : POUR UN DEVELOPPEMENT DES RESEAUX PERINATALS

- **Le Plan Périnatalité**

Le Plan Périnatalité 2005-2007 (18) prévoit, au titre des mesures qui visent à assurer « plus de proximité », le **développement des réseaux en périnatalité**. Il est rappelé qu'une trentaine de réseaux fonctionnent déjà de manière formalisée et organisée, essentiellement des réseaux inter-établissements qui permettent de réguler la coopération inter-hospitalière public/privé, avec pour effet d'éviter les transferts inutiles et les demandes des usagers inadaptées à leurs besoins. « Mais cette coopération inter-hospitalière doit couvrir également l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge du risque psychosocial en amont et suivi du nouveau-né présentant notamment une déficience d'origine périnatale susceptible de développer un handicap en aval. Elle doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé, les professionnels de santé de ville et ceux exerçant dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champs médico-social et social d'autre part. La pédopsychiatrie doit également en faire partie. »

L'objectif est de « créer et développer des **réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital** en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance :

- en orientant la femme enceinte vers le lieu le mieux adapté à sa surveillance ; la définition d'indicateurs nationaux doit permettre d'évaluer l'adéquation de l'orientation ;
- en privilégiant, si possible, la proximité de son lieu d'habitation ;
- en prenant en charge de façon adaptée la grossesse en cas de situation pathologique ou de risque psychosocial ;
- en informant et en respectant le libre choix de la patiente et de sa famille ;
- en créant une "communauté périnatale" correspondant à l'ensemble des professionnels de la naissance qui appartiennent au réseau. »

Le plan fixe l'obligation de **couvrir tout le territoire** par des réseaux de périnatalité d'ici fin 2005 et retient deux mesures dans ce but :

- élaborer un cahier des charges national avec l'ensemble des professionnels concernés (Commission Nationale de la Naissance) avec la création d'un « label » des réseaux de périnatalité. Ce label sera octroyé régionalement après vérification du respect du cahier des charges ;
- donner des instructions aux ARH dans le cadre d'une circulaire pour mettre en place des réseaux de périnatalité associant la ville, l'hôpital et les services de la PMI et permettant

la couverture de l'ensemble du territoire. Ils seront financés sur la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) s'ils sont conformes au cahier des charges. L'enveloppe correspondante est de 6 M€ sur la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) en 2005.

- **Les textes réglementaires**

L'**arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux Commissions Régionales de la Naissance** (9) évoquait déjà le travail en réseau. Placée auprès de la DRASS, chargée de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région, la commission a pour mission de « **favoriser le développement de réseaux** associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, en particulier celles qui se trouvent en situation de précarité, tant sur le plan médical, que sur les plans psychologique et social (...), d'impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité (...), d'organiser chaque année une réunion destinée à former l'ensemble des professionnels travaillant dans le domaine de la périnatalité (...), d'apporter son concours à l'évaluation des actions menées en périnatalité au niveau régional ». La composition de la commission est multi-professionnelle et multi-institutionnelle. L'arrêté prévoit une réunion annuelle des présidents des commissions régionales. Les deuxièmes journées nationales des CRN, en juin 2004, ont été centrées sur le développement des réseaux.

La **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins** (2) a introduit au sein du code de la Santé Publique l'**article L. 6321-1** qui donne une définition unique et souple des réseaux de santé et se substitue à l'ancien article L.6121-5 relatif aux réseaux de soins. Selon les termes de cette loi, les réseaux de santé ont pour objet de « favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ». Ils sont ainsi interdisciplinaires et pluri-professionnels, centrés sur le patient auquel ils apportent une prise en charge adaptée, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Le **décret du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé**, et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la Santé Publique (7), présente un cadre législatif et réglementaire rénové et simplifié. Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et

définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part.

La **loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2002 (article 36)** introduit de nouveaux articles dans le code de la Sécurité Sociale, articles L.162-43 à L.162-46, qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux. Le montant de cette Dotation Nationale de Développement des Réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le **décret d'application du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux** (6) précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe d'attribution des financements.

- **La structuration des réseaux de santé**

Le décret du 17 décembre 2002 (7) s'appuie sur des principes généraux qui sont développés dans la **circulaire DHOS du 19 décembre 2002** relative aux réseaux de santé (13).

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et s'intégrer dans les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociaux ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour une pathologie et/ou des pathologies et/ou une population déterminée.

A. – La structure générale des réseaux et la coordination

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

« Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers », les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination.

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi relative aux droits des malades, et en garantir la transparence.

Les réseaux sont organisés et formalisés

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en œuvre pour les atteindre.

Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont nécessaires à leur formalisation :

- document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge personnalisée individualisée ;
- charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs ;
- convention constitutive.

Les droits du patient sont garantis

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau.

Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (art. 3 de la loi relative aux droits des malades).

Les réseaux sont structurés

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

La coordination constitue le fondement essentiel du réseau

La coordination *administrative* est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et de formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.

La coordination *médicale* nécessite, au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau, la désignation d'un médecin coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B. - Le système d'information

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en œuvre d'un système d'information, permettant la transmission d'informations de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations.

Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues, notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quittent le réseau. La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications.

Il est recommandé que les différents systèmes d'information informatisés utilisés au sein d'un réseau soient interopérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C. - Qualité/ Evaluation

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation.

La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

- les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et à mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;
- ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en termes de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

Les actions menées sont évaluées

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques, et compte tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des obligations de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- au plus tard le 31 mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- tous les trois ans, ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R.162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau, retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D. - Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- financements pluriannuels sur crédits de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- financements conjoncturels sur le fond d'aide à la qualité des soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage – investissement, fonctionnement – pour la première, voire la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent :

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...) ;
- le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

1.4 – LE FONCTIONNEMENT DES RESEAUX PERINATALS

• Les modalités d'organisation

L'HAS recommande, dans le cadre de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (23), un suivi de la femme enceinte ou du couple puis de l'enfant, de la période prénatale à la période postnatale. Cette **coordination** doit être mise en place, pour chaque femme, dès l'entretien individuel ou en couple du premier trimestre de la grossesse. Un accompagnement débuté en période prénatale doit être réévalué pour se poursuivre, si besoin, en période postnatale. Parmi les professionnels impliqués dans le suivi, celui qui a réalisé l'entretien individuel ou en couple est le plus à même d'exercer cette fonction. La fonction de coordination peut être partagée par plusieurs professionnels au cours du suivi, en particulier lorsque la situation est complexe.

Un réseau destiné à structurer la collaboration médico-psychologique doit, pour fonctionner, être **articulé à trois niveaux** (17) :

- le premier niveau est un **niveau d'intervention clinique des psys**, à la fois directe et indirecte. Pour chaque lieu de naissance, des référents doivent impérativement être désignés et sensibilisés au travail en réseau, avec notamment une participation aux reprises de cas. Il doit permettre une articulation lisible entre psychiatres d'adultes, pédopsychiatres et psychologues de maternité. Et le profil de ces postes de psychologue doit être bien défini ;
- le deuxième niveau est un **niveau de «conseil» ou «ressource»**. Il est constitué d'une cellule offrant disponibilité et expérience pour les professionnels isolés ou les équipes moins expérimentées, pour les cas particulièrement délicats et les transferts des situations à «haut risque psychique» ;
- le troisième niveau est un **niveau de pilotage** qui est intégré au réseau ou impulsé par la Commission Régionale de la Naissance et qui regroupe des représentants de toutes les disciplines concernées des secteurs public et privé, sur un bassin de population, une ville, un département ou une région, selon les contextes. Ce groupe de pilotage a pour objectif de dégager un mode de pensée consensuel, d'analyser les éventuelles difficultés qualitatives et quantitatives, d'élaborer une politique de formation adaptée aux nouvelles pratiques, d'organiser des reprises de cas avec la participation du secteur libéral et d'organiser un recueil d'activité.

Le **cahier des charges national des réseaux en périnatalité** (17), diffusé dans la circulaire DHOS du 30 mars 2006, envisage également l'organisation des réseaux. Il a été préparé par un groupe de travail pluridisciplinaire, piloté par la DHOS et la CNAMTS, avec la participation de l'ensemble des professionnels de la périnatalité, associés à son élaboration lors d'une journée de travail.

Les modalités de coordination des différents acteurs :

La coordination au sein du réseau est assurée par une équipe opérationnelle médico-administrative (tandem professionnel de santé / personnel administratif) afin d'assurer le bon fonctionnement pluridisciplinaire du réseau, la coordination médicale nécessaire et la gestion du réseau.

Lorsqu'un comité de pilotage est identifié au sein du réseau de santé en périnatalité, il est proposé qu'il comprenne notamment un médecin de PMI ou une sage-femme territoriale afin de coordonner l'action du réseau avec les structures départementales de PMI.

Le réseau définit les modalités de coordination pluridisciplinaire choisies et les formalise au sein de la charte du réseau, afin de permettre à tout moment et à tout professionnel suivant une femme enceinte et appartenant au réseau de contacter un référent dans une maternité de niveau II ou III si nécessaire.

Bien entendu, pour fonctionner de manière efficace et rapide, tout réseau se doit d'être organisé de façon claire. Cependant, cette organisation ne doit pas être imposée de manière trop abstraite ou rigide. En effet, l'organisation d'un réseau sur un bassin de population doit être mise en place en fonction des maternités, des équipes et du niveau de formation des psychiatres ou psychologues qui y interviennent. Cette organisation devra être éminemment évolutive et donc pensée dès le départ avec une capacité d'évolution, en fonction principalement du niveau de formation des soignants, puisque ceux-ci vont s'approprier de plus en plus de compétences en matière d'accompagnement périnatal.

- **La formation**

La formation au travail en réseau se fait le plus souvent dans le même cadre que la formation à l'entretien prénatal précoce. Le cadrage général des formations a déjà été décrit (II.2.6 – La formation à l'entretien) ; reste maintenant à présenter plus particulièrement les spécificités de la formation au travail en réseau.

Pour développer « **l'esprit de réseau** » sur un terrain d'exercice (ville, département ou autre), il convient de savoir prendre en compte les actions menées par les différents acteurs concernés pour ainsi permettre une vision et une évaluation globale de la prise en charge. Les professionnels de première ligne jouent alors un rôle essentiel : en contact direct et régulier avec les patients, ils sont la véritable « porte d'entrée » d'un système de prise en charge globale, et doivent être en mesure d'orienter vers les professionnels compétents. Pour que cela puisse fonctionner, il est indispensable d'acquérir des **règles de travail en commun** de la grossesse à la petite enfance, pour permettre des échanges entre les champs sanitaire, social et médico-social. Apprendre à anticiper les passages d'un professionnel à l'autre par des liaisons personnalisées est également un élément essentiel pour que les patients ne se sentent pas pris à défaut dans la complexité de l'articulation des domaines de compétence de chacun. Outre ce travail sur l'articulation des divers domaines du champ de la périnatalité, il convient de travailler plus spécifiquement sur l'apprentissage de **règles de transmission interprofessionnelle** qui respectent la place des parents. Dans le même temps, ces transmissions interprofessionnelles, notamment sur les dossiers difficiles, doivent de faire en respectant la spécificité de la place qui revient à chaque professionnel, et sans outrepasser les limites de la confidentialité des informations détenues par chacun d'entre eux. De manière générale, il s'agit d'apprendre à mettre en parallèle dynamique familiale et dynamique professionnelle et leurs interactions.

La méthode pédagogique adoptée relève souvent de l'apprentissage par l'exemple, par une mise en situation concrète. On utilise le plus souvent la présentation d'un **cas clinique** choisi pour faire travailler le groupe sur l'implication de chaque professionnel à partir de sa propre place. Il ne s'agit donc ni d'une synthèse, ni d'une évaluation, ni d'un groupe Balint, mais d'une occasion de repérer

les modalités de travail et la cohérence de l'ensemble des professionnels concernés autour d'une famille vulnérable.

De fait, pour mener à bien une session de formation, il faut avant tout réunir un groupe de **professionnels de tous champs et disciplines** (public/privé/libéraux, social/médical/psychique, médecins généralistes, gynécologues médicaux, obstétriciens, pédiatres, psychologues, sages-femmes, puéricultrices..), qui vont essayer de travailler de concert. Ensuite, il faut choisir, avec un recul suffisant, une situation ayant soulevé des difficultés particulières, pour en analyser les dysfonctionnements, en réunissant un maximum d'acteurs de tous les services concernés. Enfin, il convient de s'assurer du concours d'un professionnel expérimenté (psychiatre ou psychologue), formé à l'animation de groupes pluridisciplinaires, connaissant les implications de tous les postes professionnels, afin d'être en mesure d'éviter l'écueil des « procès mutuels » et ainsi pouvoir décrire des « processus de fonctionnement ».

Des cycles étalés dans le temps (six sessions sur une année par exemple) permettront la mise en place de l'entretien pour ceux qui ne les auraient pas encore expérimentés (27). Certaines de ces situations d'entretien seront retravaillées au cours des sessions, pour permettre aux participants d'affiner leur pratique et aux formateurs de s'assurer, au fur et à mesure, que ces entretiens sont bien inscrits dans l'état d'esprit et la dynamique d'accompagnement souhaités. Ce rythme permet également d'expérimenter, localement, les nouveaux contacts avec les professionnels de terrain, de s'essayer aux transmissions interprofessionnelles et de les rapporter au groupe de formation.

- **L'évaluation**

L'évaluation est au cœur de la démarche de chaque action en **santé publique** : comment pourrait-on connaître les performances d'un dispositif sans évaluation ? D. Capgras, qui est à l'origine de la création du Réseau du Haut-Nivernais, rappelle que l'évaluation constitue une priorité à la fois pour les professionnels, les usagers et les financeurs (201). Pour les professionnels, elle permet une analyse des résultats et un ajustement des actions. Pour les usagers, elle donne une lisibilité des actions que les professionnels mettent en place, les rendant ainsi plus acceptables, et elle permet d'adapter les actions aux souhaits qu'ils auront pu exprimer. Enfin, pour les financeurs, l'évaluation permet de connaître les performances de l'action, de comprendre les orientations prises et, en fonction, de poursuivre ou non l'expérience et éventuellement d'allouer des moyens supplémentaires.

Suivant la réglementation en vigueur, les réseaux périnataux, comme tous les réseaux de santé, doivent faire l'objet d'une évaluation interne tous les ans et d'une évaluation externe tous les trois ans (dont les modalités seront précisées par une circulaire en cours d'élaboration). Le **décret du 17 décembre 2002** (7) relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de

fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé précise que le rapport d'évaluation doit permettre d'apprécier :

- le niveau d'atteinte des objectifs,
- la qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats),
- la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau,
- l'organisation et le fonctionnement du réseau,
- les coûts afférents au réseau,
- l'impact du réseau sur son environnement,
- l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles.

Plus spécifiquement, le **Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité** (17) stipule que :

- les staffs d'analyse des dossiers contribuent à l'amélioration des pratiques au sein du réseau. Ils sont ouverts à tous les acteurs médicaux de la prise en charge médicale (sages-femmes, gynéco-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, ...) et consistent en une démarche de retour sur des cas ayant posé problème, avec analyse des processus décisionnels ;
- l'enregistrement suivi des données d'évaluation est une des missions des réseaux de santé en périnatalité. Il s'agit tout d'abord de recueillir les items indispensables à la construction des indicateurs nationaux en santé périnatale, PERISTAT.

L'évaluation des réseaux de santé en périnatalité répond à plusieurs **objectifs** (17) :

- mesurer l'impact de la politique de réseau en étudiant l'adéquation entre le lieu d'accouchement et le niveau de risque des patientes et/ou de leurs nouveau-nés ;
- évaluer le fonctionnement du réseau sur le plan quantitatif et qualitatif conformément à sa charte ;
- évaluer les pratiques au sein du réseau au plan médico-psycho-social ;
- évaluer l'efficacité de la politique de réseau sur la santé des mères et des enfants au sein des réseaux périnataux et en population générale.

Cette évaluation se construit à partir de divers **indicateurs** (qui ne semblent toutefois adaptés qu'aux réseaux inter-établissements) :

- indicateurs de recrutement ;
- indicateurs des pratiques professionnelles ;
- indicateurs des règles de transferts anténataux ;
- indicateurs du transfert des mères en postnatal ;
- indicateurs du maintien ou du transfert des nouveau-nés en fonction de la pathologie ou du plateau technique ;
- indicateurs de l'efficacité et de l'efficience du réseau.

Les réseaux de santé ont fait récemment l'objet d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (2006) sur lequel nous reviendrons à la fin de cette partie (III.4.3- Promouvoir les réseaux : ambition réelle ou discours politicien ?).

- **L'articulation des réseaux**

Dans les conclusions du groupe de travail qui a préparé le Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité (199), apparaît la nécessité d'articuler et coordonner les différents réseaux existants :

- des réseaux départementaux ou régionaux inter-établissements, qui s'ouvrent à la ville et à la pluridisciplinarité ;
- des réseaux locaux de proximité ancrés sur un territoire donné, centrés sur un établissement, qui incluent les acteurs du secteur social ;
- des réseaux spécialisés, en amont et en aval de la naissance, assurant une prise en charge adaptée aux problématiques rencontrées (précarité, addictions, suivi des nouveau-nés à risque...).

Le Cahier des charges (17) reprend cela et précise que les réseaux inter-établissements devront s'ouvrir à la ville en amont et en aval, afin de s'inscrire dans la politique de développement des réseaux. Les réseaux de proximité et les réseaux de prises en charge spécifiques seront repérés afin d'organiser leur convergence et leur lien avec les réseaux inter-établissements et assurer ainsi la **cohésion des politiques et stratégies du réseau inter-établissement et du réseau de proximité**. Les réseaux de proximité étant habituellement centrés sur un établissement, cet établissement de proximité pourra alors assurer l'interface avec le réseau inter-établissement, dans le respect tant des décrets de 1998, que du fonctionnement et de l'efficacité de chacun. Le risque serait de juxtaposer des réseaux segmentés et de créer, de ce fait, de nouveaux cloisonnements. Ainsi, « L'articulation des réseaux entre eux est fondamentale puisqu'elle permettra que, sur un territoire donné, la totalité des prestations soient offertes par le réseau ou éventuellement plusieurs réseaux coordonnés entre eux » (17).

2 – DES ACTEURS MULTIPLES : LA PLACE DE CHACUN

Si l'idée d'un travail en réseau est généralement bien acceptée par l'ensemble des acteurs, sa mise en pratique pose néanmoins des difficultés. Ces difficultés sont à la fois d'ordre institutionnel – budgets et plannings de travail ne prennent pas en compte les relations transversales, incluant différents acteurs – et d'ordre relationnel – les acteurs peinent parfois à travailler avec d'autres spécialistes, tant ils sont pris dans les impératifs qu'impose leur spécialité. En effet, comme ils ont

tous une formation différente et une approche ciblée de la situation, il n'est pas toujours facile de trouver des terrains d'entente, suffisamment ouverts pour que chacun se sente libre d'apporter son point de vue, de garder sa place et son discours de spécialiste, et en même temps suffisamment accessibles pour que chacun parvienne à comprendre et à accepter l'approche des autres acteurs. Dans une communication aux dernières Journées de la Société Française de Médecine Périnatale (220), JP. Schaal, gynécologue-obstétricien, souligne que la prise en compte de la dimension psychologique de la grossesse est récente et extrêmement dépendante de la bonne entente ou de la mésentente des intervenants de terrain. Cela s'explique par le malaise que ressentent les psychologues et les psychiatres lorsqu'ils doivent exercer dans un cadre qui n'est pas le leur et qui les oblige à penser autrement leurs modalités d'intervention. Et c'est également la traduction du malaise que ressentent les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres et même tout médecin vis-à-vis des problèmes psychologiques. Il convient donc de repérer tout d'abord les éléments qui font obstacle au travail en réseau, puis de redéfinir la place de chacun au sein de ce travail en équipe pluridisciplinaire.

2.1 – LES DIFFICULTES A TRAVAILLER EN COMMUN

- **Le temps de l'action prime sur celui de l'échange**

Pour P. Boulot (113), obstétricien, « une collaboration ne peut s'instaurer que par l'expérience, à travers les échecs et les succès, et ne peut se produire qu'au fil du temps. On peut toujours décider autour d'une table qu'on va travailler ensemble, c'est au sein d'**expériences cliniques**, qu'il faut souvent régler en urgence, que se développe un véritable échange ».

La rencontre entre psychiatre et somaticien et le maintien de cet échange dans la durée sont essentiels. J-P Visier (113) souligne que « les rencontres « dans le couloir », à propos d'une situation, sont insuffisantes. Mais la complexité de la collaboration est souvent masquée par la difficulté à trouver du temps pour se rencontrer. En dehors de l'urgence, tout se passe comme s'il y avait toujours plus utile à faire ailleurs, tant pour le psychiatre que pour le somaticien ». Le rythme et les modalités de la mise en place de la collaboration varient selon les services et sont influencés par les modifications à l'intérieur des équipes. L'engagement des responsables du service à différents niveaux (chef de service, praticien hospitalier, cadre) ne se substitue pas à l'engagement de l'équipe, mais le facilite et le soutient.

N. Presme, pédopsychiatre en maternité, s'interroge (106) : le psychiatre doit consacrer du temps aux parents, du temps à l'équipe, mais comment peut-il se donner le temps de penser dans un espace temps si court, alors même que la priorité est donnée à l'action ? Comment peut-il gérer la souffrance psychique d'un bébé confronté à des parents en difficulté dans leur parentalité dans ce

temps si particulier et si court du passage en suites de couches ? Pourquoi les médecins ont-ils tant de difficultés à envoyer les femmes en consultation psy pendant la grossesse alors qu'ils ont repéré qu'elles allaient mal ? Toutes les situations où le bébé présente une « anomalie » au sens général du terme (malformation, prématurité...) sont facilement envoyées au psychiatre ou au psychologue, alors que d'autres situations particulièrement difficiles à gérer génèrent beaucoup de questions. Ce sont les situations où le fonctionnement psychique des mères expose l'enfant à des distorsions relationnelles très précoces, parfois déjà repérées en maternité, mères dont la déniégation des troubles et la méfiance dans la relation à l'autre rendent très difficile toute approche psychologique.

- **Les contraintes du fonctionnement hospitalier**

N. Presme fait le constat (106) qu'il existe un **clivage net entre l'avant et l'après-naissance**; certaines femmes repérées comme étant en difficultés tout au long de leur grossesse ne sont pas adressées au psychiatre et c'est seulement après la naissance du bébé, en suites de couches, qu'une inquiétude de l'équipe amène cette demande. Si la demande surgit après la naissance, c'est parce que la mission du service est d'assurer la protection tant de la mère que du bébé et que se profile la sortie, dans un délai toujours trop court pour les mamans en grande difficulté. Il y a alors un contexte d'urgence, au sens médical du terme.

Le **clivage entre le pôle mère et le pôle bébé** se poursuit après la naissance. Les sages-femmes s'occupent de la mère, les puéricultrices et auxiliaires du bébé. Ainsi, la sortie du service est décidée si la femme va bien sur le plan obstétrical et le bébé sur le plan pédiatrique, mais la qualité de fonctionnement de la dyade n'est pas inscrite dans les critères de sortie, même s'il est encore possible de demander la poursuite de l'hospitalisation pour des raisons de dysfonctionnement dyadique. Le fonctionnement du service est médical, axé sur une technicité qui a certes permis des progrès considérables dans le suivi des grossesses, mais qui laisse peu de place à la dimension psychique.

Plus que jamais, l'administration hospitalière est soumise à la pression **d'impératifs économiques**. Alors que le travail institutionnel multidisciplinaire a modifié l'attention portée aux mères en difficultés psycho-sociales dans les maternités, comme le constate N. Presme (106), si l'impact institutionnel est évident, c'est un travail non quantifiable pour l'administration qui le considère aujourd'hui comme « un luxe ». La situation actuelle est paradoxale : d'une part, on observe les progrès de la psychiatrie périnatale, le développement de cette approche qui ouvre des perspectives majeures de prévention et la tenue de nombreux colloques sur ce thème ; d'autre part, la pratique de terrain est aujourd'hui menacée par des impératifs économiques (sorties avant le troisième jour, réduction des effectifs...). La nécessité d'assurer des relais entre la maternité et les équipes de secteur devient alors indispensable dans certaines situations,

même si, en pratique, ces relais sont difficiles à mettre en place et impliquent que les parents se confient à une nouvelle équipe.

- **Des résistances potentielles à surmonter**

Le travail en réseau est très exigeant pour les intervenants qui sont amenés, non seulement à travailler en équipe, mais aussi à coopérer avec des professionnels d'autres spécialités et d'autres institutions. D. Vernier, psychologue, évoque cet enjeu dans une communication aux dernières journées de la Société Française de Médecine Périnatale (223) « aller travailler dans le champ de l'autre est périlleux, mais nous avons le sentiment que nos pratiques s'enrichissent. De quoi aurions-nous peur ? Qu'en se racontant les moments d'émotions si intenses, nous nous fragilisions ? C'est grâce à ces moments que l'on apprend à mieux se connaître en ressentant les choses, en parlant de nos peurs et de nos représentations, et de là, à se faire confiance ».

Les professionnels sont aujourd'hui confrontés à la nécessité de transformer leurs pratiques. Comme le relève F. Molénat dans son ouvrage précurseur, *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94), « anticiper et transmettre sont devenus l'épine dorsale de la clinique interdisciplinaire . Ne pas attendre de voir ce qui va se passer, préparer les relais, s'appuyer sur le vécu actuel pour penser la place de l'autre professionnel... toute cette vigilance représente à son tour une **modification profonde des habitudes de travail**. Le pas à franchir est douloureux puisqu'il s'agit d'accepter de se soumettre au regard de l'autre, de renoncer à la facilité de désigner un bouc émissaire (si l'on travaille ensemble, on devient responsables les uns des autres), de manifester la même sollicitude pour les professionnels que pour la famille accompagnée... Chaque professionnel s'y prête avec plus ou moins d'aisance, car ce sont là des obstacles inhérents à toute relation humaine, rendus plus ardues par la charge émotionnelle des situations rencontrées ».

M. Delour, pédiatre de santé publique, souligne les **résistances** qui sont **inhérentes à tout processus de changement** (68). Le réseau redéfinit les rôles et les places des acteurs, les positions de dépendance et de pouvoir, les reconnaissances basées sur la compétence, dont les critères sont redéfinis. Les équipes ne peuvent s'y engager que si elles ne se sentent pas menacées, critiquées, que si les responsables des services s'y engagent également, et soutiennent les évolutions inévitables dans les procédures et les rôles.

Dans un entretien avec S. Missonnier (173), F. Molénat note que flottera la crainte de travailler en réseau tant que les professionnels dans leur ensemble n'auront pas éprouvé ce qu'apporte l'entretien, en diminuant la pathologie organique, en améliorant la compliance des femmes au suivi, en favorisant le travail en réseau et l'ajustement des moyens, en évitant le gaspillage

d'énergie - énorme actuellement -. La culture de réseau naît à peine, les collaborations nécessaires sont loin d'être acquises et les psys sont fortement interpellés.

G. Baillon (120) met en garde contre les résistances que risque de susciter la mise en place d'un « **réseau obligatoire** » qui se substituerait au travail de secteur. La tentation sous-jacente à l'idée d'un « réseau de partenaires obligés » est contraire à la relation que le soignant cherche à instaurer : une rencontre vraie où le patient se reconnaît et où il est reconnu comme sujet. Déjà la psychiatrie de secteur a installé un cadre préférentiel contraignant en incitant les patients à être suivis par les membres de l'équipe de secteur correspondant à la localité où ils habitent : cette limitation est déjà considérable ; aller plus loin dans l'obligation d'un partenariat à établir en réseau constituerait un système qui serait vécu comme insupportable car totalement coercitif. Il faut appeler à la prudence ceux qui veulent mettre en place un réseau en voulant en faire un outil pour leur action, ceci surtout s'ils déniaient avoir l'idée d'en faire un instrument de maîtrise et un outil de pouvoir ; il est utile qu'ils sachent que ce réseau va provoquer la constitution d'un « **réseau de résistance** », qui volontairement ou non va évoluer en véritable contre-pouvoir. « Il est intéressant de noter qu'à chaque fois que se met en place de façon manifeste une organisation qui se veut efficace, active, solide et en réseau, va se réaliser, en réaction, un réseau confidentiel, caché, insaisissable » (120).

2.2 – L'OBJECTIF DES RESEAUX : TRAVAILLER ENSEMBLE EN GARDANT SA SPECIFICITE

- **Dépasser les clivages disciplinaires pour faire émerger un projet commun**

M. Bydlowski, dans *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité* (58), constate qu'il demeure un clivage persistant entre la maternité hospitalière et la psychiatrie : l'accoucheur veille à la santé physique de la mère et de l'enfant, l'obstétrique ayant principalement vocation à réduire à l'extrême la mortalité périnatale et les handicaps. L'hôpital psychiatrique, de son côté, traite la maladie mentale postnatale, qui est une forme de déstructuration apparaissant après la naissance. Mais aucun lieu n'a pour vocation spécifique de prendre en charge les questions existentielles quotidiennes qui se posent à chacun au moment de la naissance de l'enfant. Ces questions sont d'autant plus vives à notre époque que le risque mortel a été considérablement réduit. Obstétriciens et psychiatres doivent collaborer autour d'un **projet commun** : assurer la santé globale de la mère et de l'enfant dès le démarrage du processus vital.

Pour l'**accoucheur**, l'enfant à naître est la valeur, la richesse. La prévention des accidents obstétricaux somatiques est essentielle, pourtant elle est souvent mise en échec dans des cas échappant à toute logique médicale. Certains obstétriciens sensibilisés sont ainsi prêts à admettre que des facteurs psychologiques maternels sont en cause, que la singularité individuelle peut

contrer la maîtrise de la biologie. En outre, à la maternité, le nouveau-né est un projet que l'on prépare. Le travail est achevé quand il vient en bonne santé. Hôte très discret, il n'a même pas de prix de journée personnel dans les institutions publiques, sauf s'il est transféré en pédiatrie. Son avenir, après quelques minutes, quelques heures, voire la durée de son séjour en maternité, intéresse peu ceux qui ont présidé à sa naissance.

Pour le **psychiatre** et *a fortiori* pour le psychanalyste, il est question de venir travailler à découvert, sans divan et souvent sans bureau clos, parfois en urgence et sans le cadre rassurant de l'espace-temps et de la répétition des rendez-vous, garants de la réflexion et du travail intérieur. Il est insolite pour ce spécialiste d'être directement confronté aux événements, à chaud, et non d'être seulement le témoin de leur récit, à distance. Ce dispositif nouveau implique aussi de soutenir et de prendre en compte d'éventuelles questions chez les participants non professionnels de la psychologie.

Pour s'entendre et collaborer, il faut avant tout un projet, une recherche commune où un travail d'équipe vient se substituer aux clivages habituels entre spécialistes. Cela ne va pas forcément de soi tant les *a priori* des divers spécialistes diffèrent autour de l'enjeu que représente la naissance. Pour l'accoucheur, assurer la vie en bonne santé physique représente l'objectif primordial. Il considère que la mise en œuvre de la prévention doit parvenir à satisfaire cet objectif. De son côté, le psychiatre considère que la reproduction humaine n'est pas un pur produit somatique, que le nouveau-né n'est pas seulement un produit biologique, qu'il est aussi lieu de transmission psychique. Pour lui, les représentations mentales de ses parents sont les moteurs de son organisation psychique à venir, et l'objectif est la prévention de leurs effets pathogènes.

- **Travailler en réseau pour apporter plus de sécurité aux familles et aux professionnels**

Dans un entretien avec F. Molénat publié dans *Le Carnet Psy* (173), S. Missonnier s'interroge sur le **désordre des actions menées** dans le champ médical, social, psychiatrique, autour des familles en grande difficulté. Pour F. Molénat, chaque professionnel croit agir de façon logique et cohérente, mais, lorsqu'il porte un jugement, il le fait en se référant uniquement aux impératifs institutionnels propres à son domaine, sans chercher à se positionner dans le cadre plus général des soins, qui inclut d'autres spécialistes. Si les divers acteurs qui accompagnent les familles peinent à se représenter le champ de la périnatalité dans son ensemble, et plus encore à accepter d'y travailler de concert, à jeu ouvert, que penser alors du ressenti des familles, désarmées face à la complexité de l'organisation, voire de la non-organisation, de cet ensemble !

« Le vertige nous saisit en effet dès que nous tentons de nous mettre à la place des **parents** et que nous nous demandons ce qu'ont rencontré autour d'eux les plus vulnérables, objets de

multiples interventions. La grossesse et la naissance ont pu être l'occasion de confirmer leur peu de valeur, leur sentiment d'incompétence, d'impuissance et le stress qui en découle, avec son cortège de dépression ou de troubles du comportement. Les parents se sont retrouvés au cœur d'incohérences, de substitutions de place ou de rivalités, d'annulations réciproques à la faveur des silences ou des conflits interprofessionnels. Ils n'en ont pas toujours conscience, dans une confusion de leur propre malaise avec les défaillances de l'environnement – répétition parfois de ce qui s'est vécu dans le passé au sein de leur propre famille. Comme l'explique D. Winnicott, ils ont besoin d'être accompagnés dans une reprise de ces antécédents, suffisamment longtemps pour admettre ces défaillances et réaliser qu'ils n'en sont pas la cause. Mais cette reprise ne passe pas seulement par la parole, elle exige de nouvelles expériences relationnelles fiables, répétées jusqu'au réaménagement du traumatisme » (173).

Les modalités de liens au sein du **collectif soignant** peuvent générer des effets très positifs. Le souci de chaque intervenant de reprendre la place des autres, de comprendre les hiatus, de les mobiliser, au lieu de s'ignorer mutuellement, est d'une efficacité structurante étonnante. S'il existe des failles, la parole peut remettre de la continuité, car il s'agit justement de maintenir ou de rétablir chez le sujet souffrant un sentiment continu d'exister à travers les aléas des interventions. Penser sa propre place, par rapport à celle des autres et non plus par rapport à son institution, procure une sécurité et un soutien mutuel chez les professionnels dont on mesure à peine les effets bénéfiques sur la famille, mais aussi sur les professionnels eux-mêmes. Une telle modification de l'approche médicale s'avère peu onéreuse, mais suppose un véritable **changement d'état d'esprit**.

Pour accélérer ce changement, les textes de loi préconisent des **formations en réseau**, c'est-à-dire l'organisation, notamment, d'une analyse de situation avec l'ensemble des acteurs, devant un groupe de participants de toutes disciplines. Une recherche prospective menée entre 1994 et 1996 a permis à une équipe animée par F. Molénat de structurer son approche clinique et d'élaborer une méthode pédagogique extrêmement féconde, qui néanmoins exige un animateur expérimenté. Les professionnels s'écoutent, mesurent les écarts dans leurs représentations mutuelles, mesurent les effets des pratiques sur la dynamique familiale. Se dégage ainsi un mode de pensée collectif qui n'écrase pas les différences, mais au contraire les creuse et enrichit la pratique. D'ailleurs l'esprit du réseau exclut la complicité. Travailler en réseau, c'est creuser la différence et trouver les jonctions pertinentes : ainsi s'offre une enveloppe humaine diversifiée, souple, offrant le miroir d'une « manière d'être ensemble » qui favorise certaines liaisons dans le psychisme parental. Dans ce cadre, les modalités de transmission interprofessionnelle sont une question récurrente. Au fond, il s'agit simplement de développer les liens entre divers acteurs. Plus on se fait confiance, moins on a besoin de se transmettre des informations, mais beaucoup plus ce qui s'est partagé avec la famille, d'un intervenant à l'autre.

2.3- SOMATICIENS / PSYS : LES DEFIS DE LA COLLABORATION

S'interroger sur les pratiques médicales en terme d'efficacité thérapeutique réintroduit la question fondamentale du rapport entre corps et psyché, et, de manière sous-jacente, celle du rapport entre somaticiens et psys. Leur collaboration ne se limite pas à un simple partage des tâches, l'un s'occupant du corps tandis que l'autre se concentrerait sur la psyché ; il s'agit plutôt de mettre en place des passerelles entre les deux domaines, sans pour autant brouiller les identités propres à chaque spécialité (113). Ainsi, le travail avec le psychiatre ne libère pas le somaticien de la question psychologique, elle fait filtre et soutien pour qu'il puisse y investir sans être ni envahi, ni impuissant. Le somaticien se découvre des compétences inattendues qui dépassent le « bon sens » et les « bonnes intentions ». Le psychiatre se découvre des possibilités d'action psychothérapeutiques élargies. Les deux peuvent abandonner d'anciens modèles pour accéder à un nouvel univers de référence où les limites de chacun, son illusoire toute-puissance, les modalités de sa renarcissisation, l'utilisation de ses références, fonctionnent différemment.

- **Une collaboration difficile à mettre en place, mais à l'enjeu primordial**

Les auditions conduites dans le cadre de la préparation du Rapport sur la collaboration médico-psychologique (41) en maternité ont permis de mettre en évidence les bénéfices et les difficultés de la collaboration entre somaticiens et psys.

Des facteurs de collaboration heureuse

Du côté des soignants sont appréciés :

- l'intérêt du psy pour leur propre place, voire leur propre malaise, intérêt qui s'exprimera par la participation du psy aux activités du service (staffs, relèves etc.),
- la disponibilité, c'est-à-dire l'adaptation des réponses au rythme de l'obstétrique (et de la pédiatrie néonatale) : rendez-vous rapides, présence dans les murs, retour d'information immédiat...,
- une communication aisée, débarrassée d'un vocabulaire inadéquat, et adaptée à la disponibilité des soignants qui ont des contraintes incontournables (trouver le moment où l'on peut se parler),
- le souci de la place « psychologique » des médecins et équipes, qui se traduit par la transmission d'outils relationnels, plutôt que le transfert en l'état du contenu des consultations psychologiques, a contrario le refuge dans la confidentialité,
- la sensation d'une recherche collective où chacun joue un rôle dans la construction des liens familiaux,
- la capacité à entendre que, derrière la demande de voir une patiente, il y a bien souvent la demande du professionnel de ne pas rester seul.

Du côté du psy, une fois compris qu'il s'agit d'un travail difficile dans le champ des autres, sont cités:

- le sentiment d'être reconnu dans sa spécificité mais aussi dans ses difficultés (sortir de l'idéalisation du psy qui va tout résoudre),

- la confiance manifestée au travers des appels, mais aussi invitation aux activités du service, aux réunions scientifiques... (intégration à l'équipe),
- l'intérêt pour une activité clinique neuve, fascinante par ses ressorts psycho-dynamiques,
- le fait de se sentir soutenu dans les moments difficiles, de bénéficier d'une fonction tierce (médecin, cadre...) quand lui-même est mal à l'aise,
- la sensation d'une dynamique appuyée sur un politique de service,
- la possibilité de ne pas être seul dans son propre champ pour garder une place différenciée et ne pas se sentir « immergé »,
- la possibilité d'allier travail clinique direct et indirect (en deuxième ligne), ce qui pose la question des moyens.

Les collaborations « heureuses » sont évolutives : les indicateurs d'appel au psy se nuancent au fur et à mesure que s'approfondit la compétence des professionnels de première ligne, le rapport « intervention directe / intervention indirecte » se modifie, permettant au psy de consacrer son énergie aux cas les plus difficiles, au travail de liaison, à l'évaluation, etc.

Les difficultés

Vues par les soignants (rappelons qu'il faut aller les chercher, car elles ne se disent pas aisément, le malaise n'étant pas toujours accroché à des éléments repérés) :

- toutes les causes de mauvaise communication (langage, désintérêt ressenti, etc),
- le manque de culture médicale du psy,
- la transmission de concepts inutilisables,
- la caricature du psy enfermé dans son bureau, attendant parfois les demandes dans son propre service, sans mettre les pieds à la maternité,
- le décalage dans le rythme du travail, (l'intervention rapide du psy – au moins par téléphone - exerçant en soi une fonction de réassurance pour l'équipe, même s'il ne voit pas la patiente),
- le ou les psys venant avec leurs propres exigences, déconnectées des réalités médicales, parfois « armés », en équipe, sans entendre les demandes du service,
- la transmission d'outils perçus comme intrusifs, hors protocole d'étude (observation, questionnaires...) – même si certains soignants y adhèrent,
- le peu d'intérêt marqué pour la place des médecins et équipes, voire la réticence à reconnaître leur rôle dans la vie émotionnelle des patientes,
- le désordre du champ psy : conflits entre psychologues et psychiatres, entre psychiatre d'enfant ou d'adulte, extrême variabilité des réponses selon les intervenants psys (à noter que derrière cette diversité, les équipes sentent des enjeux de territoire ou de pouvoir).

Vues par les psys :

- le manque de temps, le manque de moyens,
 - l'absence de reconnaissance (pas de bureau, pas de demande...),
 - les « résistances » des soignants à la dimension psychologique,
- mais aussi :
- les difficultés à prendre la parole dans les réunions médicales,

- le manque de formation adaptée,
- la violence des projections reçues autour de certains cas,
- l'isolement...

Ces difficultés ne se disent pas aisément et se cachent derrière la plainte de ne pas être reconnu, pas demandé, de manquer de temps, etc. Elles s'expriment fortement lors des formations adéquates. Par contre, on constate que de plus en plus de psychologues en maternité (ou des pédopsychiatres) s'organisent avec des collègues sur un département ou une région, pour se soutenir, mettre en commun leurs expériences, bref sortir de leur isolement. Ceci constitue un élément rassurant pour les équipes médicales, conscientes des difficultés dans lesquelles peuvent se trouver certains psys immergés sans préparation dans une culture radicalement différente.

F. Molénat (41) constate, chez les somaticiens comme chez les psys :

- une méconnaissance persistante (parfois un rejet) de la place relationnelle des acteurs du champ « somatique »,
- une méconnaissance fréquente du métier des autres (techniques, dispositifs, préoccupations),
- un attrait pour la clinique directe plutôt que pour le travail indirect (intérêt professionnel, aisance, position de principe...),
- l'absence trop fréquente de formation sur les règles de transmission, se traduisant par un refuge dans la « confidentialité » ou le déversement de théories explicatives ou de confidences reçues,
- une difficulté à penser l'ensemble enfant/parents/professionnels, moindre chez les pédopsychiatres, habitués à travailler avec l'environnement.

En résumé, on pourrait dire qu'il n'est pas aisé pour un psy d'avancer non « armé » dans un champ qui n'est pas le sien et que chacun se protège comme il peut. Nombre de psychologues et psychiatres n'ont pas franchi le pas, peu habitués qu'ils sont à écouter les professionnels fortement engagés auprès des patientes et des couples (sages-femmes libérales, hospitalières et de PMI, aides-soignantes, médecins). L'absence d'intérêt mutuel, les difficultés de liaison, entraînent une déperdition considérable de tout ce qui contribuerait à un véritable repérage des risques de perturbations affectives.

- **Le discours du psychiatre et ses références théoriques sont souvent mal perçus**

Dans le chapitre « Quand les pédopsychiatres, pédiatres et obstétriciens travaillent ensemble. Du holding à l'identification », tiré de l'ouvrage *Psychiatrie périnatale*, J-P Visier (113) souligne que la proposition faite aux parents de rencontrer un psychiatre n'est pas toujours bien comprise et peut susciter certaines défenses. Elle a d'autant plus de chances d'être acceptée que le somaticien la reconnaît comme un soutien pour le parent, mais aussi pour lui-même. Il faut pour cela que

l'image du psychiatre ne soit plus reliée à la folie mais à la souffrance, aux difficultés de la mise en place de la parentalité et à une représentation globale du développement de l'enfant. Si le psychiatre peut repérer les défenses du somaticien comme nécessaires à sa sécurité, il pourra être moins tenté de les bousculer. Il pourra aussi regarder en quoi, dans ces situations, il risque de fonctionner à son tour en position défensive et voir la place qu'il donne à sa théorie. Ses références théoriques sont indispensables à sa sécurité, mais est-il sûr de ne pas les utiliser comme il reproche au somaticien de le faire avec sa technique ? Dès lors, il est important de voir ce qui, dans les représentations du psychiatre, peut être modifié.

Le discours du psychiatre est souvent mal compris du somaticien, comme l'analyse J-P Visier (113). On reproche souvent au psychiatre l'emploi d'un discours hermétique, qui pour lui est un discours technique. Ce langage, témoin d'une formation, renvoie à des références théoriques. Le discours technique du somaticien n'est pas forcément accessible au non-spécialiste, mais ce discours se situe dans le champ de l'observable. Le psychiatre se situe à la fois dans le champ de l'observable quand il parle du comportement, et dans le champ intrapsychique quand il réfère aux affects et aux fantasmes. Les références psychanalytiques -même si elles ne sont pas exclusives- tiennent une place importante pour le psychiatre, en particulier dans l'analyse et le maniement de la relation. Ces références renvoient à la réalité psychique, donc, en grande partie, à des processus inconscients. Ce discours est généralement perçu par le somaticien dans le champ qu'il pratique, celui de la réalité matérielle, du conscient. Les représentations que le discours du psychiatre soulève chez ses collègues somaticiens risquent donc d'être fort éloignées de ses propres représentations. Il y a là une source de malentendu qu'il est indispensable de ne pas laisser s'installer. Il faut que le psychiatre procède lui-même à une traduction des repères que ses références lui permettent d'établir. Ce travail peut être perçu par le psy, de façon plus ou moins consciente, comme un risque de perdre sa place. Mais cette **traduction** permet au somaticien de reconnaître la valeur et l'intérêt du travail du psychiatre. C'est aussi un moyen pour que les représentations du somaticien concernant l'appareil psychique des parents et de l'enfant puissent évoluer.

- **Le travail indirect : soutien des psys aux soignants de première ligne**

La circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (16), entérine le travail indirect des psychologues, psychiatres et pédopsychiatres en leur attribuant des missions propres et un positionnement particulier.

Outre l'intervention clinique directe auprès des femmes et de leur famille, selon des critères de recours élaborés avec l'ensemble des soignants, ces professionnels ont une mission de soutien des prises en charge effectuées par les professionnels de la naissance, au sein des maternités comme en pré et postnatal. En effet, lorsque ces professionnels n'y sont pas préparés, il existe une tendance forte à orienter rapidement la prise en charge de toute manifestation émotionnelle vers un « spécialiste de l'écoute ». L'objectif est donc d'**accroître la sécurité des intervenants de première ligne**, acteurs essentiels de la mise en confiance de la femme enceinte et du futur père dans le système de soins. Les conditions de cette sécurité renvoient à la formation, à l'expérience des réponses possibles dans les cas difficiles, à l'organisation d'un service ainsi qu'à la cohérence inter-services.

Dans cette perspective, les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres intervenant en maternité doivent avoir pour mission d'aider les intervenants de première ligne à mieux prendre en compte les besoins psychiques des patientes et veiller ainsi à ce que ces patientes ne soient pas adressées trop rapidement à un psychiatre ou un psychologue, notamment lorsqu'elles ne sont pas prêtes à effectuer cette démarche.

Pour répondre à ces missions, ils doivent **adapter leurs pratiques** à celles des professionnels du soin somatique, en maternité, en se rendant disponibles pour les moments de transmission, en s'adaptant aux contraintes de temps inhérentes au fonctionnement de ce type de services (durée limitée de l'hospitalisation) ainsi qu'aux situations cliniques urgentes et/ou imprévues.

Dans l'avant-propos de l'ouvrage *Psychiatrie périnatale* (90), P. Mazet et S. Lebovici évoquent la question du travail indirect des psychiatres en maternité, et plus largement au sein du réseau. Essentiellement, il s'agit de reconnaître que, au cours de ces étapes pré et postnatales, les soignants - obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, infirmières, puéricultrices, néo-natalogistes...- sont tous, à des degrés variables mais importants, en situation potentielle de développer une relation de confiance avec les mères. Souvent, ils ont déjà établi une **relation privilégiée** avec la patiente et il n'est pas évident que le psychanalyste doive systématiquement prendre leur place, sous prétexte d'une expertise ou d'un « savoir supérieur ». Car c'est beaucoup à travers la relation de confiance déjà établie entre soignant et patiente que la fonction thérapeutique peut se jouer, que des changements peuvent être observés, que les situations conflictuelles peuvent se modifier. Et il semble bien que cette relation de confiance soit l'élément thérapeutique majeur. Le rôle du psy consiste, à ce moment-là, à **supporter l'intervenant soignant** dans son intervention, à l'éclairer sur la dynamique en jeu.

Ce type d'intervention est particulièrement indiqué avec les familles à haut risque social, qui ont tendance à refuser tout contact suivi avec le psychiatre ou le psychanalyste, et même avec le pédiatre ou l'obstétricien. Les intervenants de première ligne sont souvent les seuls à pouvoir établir un lien quelque peu durable avec elles. Le rôle du psy demeure important, mais consiste

avant tout à supporter le travail qu'ils peuvent faire avec ces familles très difficiles. Si l'on s'en tient à une définition stricte de la technique psychanalytique, il est certain que ces interventions « ne sont pas de la psychanalyse ». Elles demeurent pourtant très influencées par la théorie psychanalytique, dès lors que l'on considère celle-ci non comme une théorie close, mais constamment enrichie par de nouvelles connaissances. Ces **pratiques nouvelles** semblent faire partie d'une évolution naturelle des techniques, qui doivent s'adapter à un matériel clinique nouveau - dans ce cas-ci, à une période spécifique du fonctionnement psychique féminin.

Le travail indirect suppose, pour F. Molénat (173), une qualité de présence et une disponibilité suffisamment régulières et fiables pour qu'un soignant s'autorise à soulever le couvercle, à défricher le contexte émotionnel actuel et à explorer l'intérêt d'une éventuelle orientation, en restant présent le temps suffisant pour que le sujet ne se sente pas lâché. Dans nombre de cas, la **fonction contenante d'une présence psychologique** suffit à assurer la qualité de présence des soignants et leur sécurité. Si la sage-femme et le médecin occupent une place unique sur le plan relationnel, ils ont besoin de « penser leur pratique » pour tenir dans les situations difficiles. Lorsque l'indication d'une consultation psychologique vient à se poser dans un deuxième temps, les psys gagnent en pertinence, en efficacité, en légèreté d'intervention. Et là, ils se retrouvent plus à l'aise dans leur identité de thérapeute, loin d'un vague « soutien psychologique ».

J-P Visier (113) affirme que le psychiatre est amené à ne plus considérer l'intervention indirecte, c'est-à-dire par l'intermédiaire du somaticien, comme un pis-aller ou une position de repli, mais comme porteuse d'une valeur spécifique. Il peut aider le somaticien à repérer la manière dont il peut jouer de sa place dans le champ psychologique sans pour autant se transformer en psychiatre. Ce **changement de représentations** est facilité par le psychiatre lorsqu'il reconnaît les capacités de *holding* du somaticien et, pour le somaticien, lorsqu'il découvre l'intérêt de ce *holding*.

« Entendre la souffrance, la nommer, l'accompagner et tenter d'aider les parents à en prendre conscience pour leur permettre d'accéder à un suivi thérapeutique, tel est un des objectifs des psys » souligne N. Presme, pédopsychiatre en maternité (106). Mais c'est au niveau de l'institution et du travail indirect que se situe l'essentiel de leur mission : permettre que la souffrance psychique soit reconnue dans un service où le somatique et le corps sont les préoccupations premières ; modifier l'approche des dyades et des premiers temps de la relation parent-enfant, sensibiliser l'équipe à la dynamique psychique de la parentalité.

Il faut aussi que la **souffrance des intervenants** puisse être entendue. M. Lamour (85) s'interroge sur ce qu'expriment les intervenants quand ils se rencontrent autour des **situations à haut risque**. Elle fait le constat que nous ne pénétrons pas impunément dans ces histoires d'amour et de haine. « Nous sommes habités, envahis, voire submergés par des émotions

violentes, des pensées troubles, des désirs fous de réécrire l'histoire de ces bébés en souffrance et de leurs parents meurtris, de faire mieux que nos prédécesseurs dans la longue chaîne d'intervenants auprès de cette famille. Et puis très vite, notre mégalomanie cède la place à un sentiment d'impuissance, d'incompétence, à des vécus dépressifs, à des craintes de désorganisation, à des ressentiments à l'égard des parents et des bébés ». Cette souffrance des intervenants dans ces situations à haut risque est d'autant plus vive que les intervenants médico-sociaux, lorsqu'ils formulent une demande de soins, sentent le plus souvent le nourrisson en danger. L'analyse de la dynamique relationnelle éclaire la pathologie du lien dans laquelle les intervenants risquent aussi d'être pris. C'est pourquoi les réunions qui offrent un espace de rencontre, de réflexion et de distanciation sont indispensables pour identifier les mécanismes en jeu et les traiter, à condition qu'y soient présents des professionnels expérimentés, non impliqués directement dans le suivi des familles.

Le psychiatre contribue, pour J-P Visier (113), au maintien ou à la réappropriation de la **sécurité**. Il permet que la souffrance et les émotions s'expriment et se réélaborent. Il peut soutenir et valoriser les compétences relationnelles en favorisant leur dégagement du « spontanéisme » et de processus contre-transférentiels non ou mal repérés. Le psychiatre doit faire preuve de capacités d'adaptation, se donner les moyens de garder sa propre sécurité et de ne pas faire de passage à l'acte. Il n'est pas toujours évident pour lui de se rendre compte que dénoncer certains comportements des somaticiens revient à les reproduire sous une autre forme.

- **Etre psy en maternité : une fonction originale et innovante**

Selon M. Dugnat (71), il faut distinguer les interventions ponctuelles d'un vacataire en maternité des interventions régulières d'un psy intégré en profondeur, à mi-temps ou plein temps, au fonctionnement du service d'obstétrique dans le cadre d'un projet de service. Le travail indirect suppose une **réelle intégration du psy** dans le travail d'équipe et des moyens relativement importants, un travail prolongé, des personnes stables et non des vacataires précaires ou, à tout le moins, la visée de conventions claires entre le service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie et les maternités. Il est fréquemment initié par des temps de formation ou de réflexion sur des questions difficiles pour les équipes obstétricales. Par ailleurs, les modalités d'articulation institutionnelle ne doivent pas être négligées. Il s'agit en fait de savoir penser, situation par situation, l'articulation des niveaux institutionnels, à l'intérieur de chaque institution, et entre les institutions elles-mêmes.

Dans le rapport de janvier 2004 sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité (41), F. Molénat fait des **propositions** concernant la place des psychiatres et psychologues en maternité, dans le but d'améliorer leur intervention :

- Après un état des lieux de tous les moyens « psy », terrain par terrain, il paraît utile de préciser un « **profil de poste** », afin de limiter les difficultés citées par les professionnels de tous champs entendus dans le cadre de la mission. Ceci aurait pour effet de généraliser et d'harmoniser la présence psychologique sur chaque terrain (ville ou secteur géographique), sur avis des services concernés (obstétrique, pédiatrie, PMI, psychiatrie, directions hospitalières, secteur libéral).
- Il faudrait définir des conditions de recrutement et d'exercice, avec recrutement sur **avis conjoint** des services concernés. Les psychologues devraient avoir une formation préalable au travail indirect et une participation minimale à l'activité de l'intersecteur pédopsychiatrique pour faciliter la continuité des soins, sortir de l'isolement, participer aux régulations cliniques et aux formations en réseau, et assurer une formation continue.
- Il s'agit de veiller particulièrement à ce que les psychologues, les psychiatres et les pédopsychiatres intervenant en maternité soient une **force de liaison**, à la fois en terme de soutien des professionnels en interne, et en terme de relais avec les spécialistes du soin psychique, tant en secteur public qu'en secteur privé.
- Il est enfin fondamental de veiller à ce que ces professionnels ne soient pas isolés au sein des maternités. Il convient, par exemple, de les inciter à **se regrouper** à l'échelle d'un département ou d'une région, afin notamment qu'ils puissent mettre en commun leurs expériences et se rencontrer plus facilement.

Nous reviendrons plus en détail sur la fonction des psychiatres et psychologues en maternité à la fin de cette partie, pour envisager notamment les indications et les modalités d'intervention.

2.4- A CHACUN SON ROLE...

- **Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes**

Le gynécologue-obstétricien et la sage-femme ont **une place tout à fait particulière** en périnatalité comme nous l'avons vu concernant l'entretien prénatal précoce : présents « naturellement » dans le suivi de grossesse, ils ont **une identité professionnelle rassurante**. L'accoucheur ou la sage-femme est, selon A. Aubert-Godard (50), « un représentant du corps social, une personne tiers. C'est un étranger qui peut s'approcher de l'intimité de la femme et du couple sans s'y confondre. Cette personne peut désigner les nouvelles identités et introduire, initier, accompagner, soutenir les fonctions parentales naissantes, chacune dans leur spécificité et leur complémentarité. Lui revient alors de promouvoir ce mouvement de liaison entre l'intime et l'étranger du bébé, de relier le bébé du dedans, utérin, palpé, échographié, imaginé, fantasmé et

le bébé du dehors. C'est en fait l'institution maternité qui a aussi, à travers cette personne et plus largement à travers l'équipe soignante, la fonction de réunir, par des gestes et des mots, la famille nucléaire, la triade ».

De ce fait, la sage-femme, l'obstétricien, comme aussi le médecin généraliste, ont **un rôle clef dans le fonctionnement du réseau**, en servant de relais entre les familles et les différents intervenants. On retrouve ici l'importance majeure du travail indirect déjà évoqué précédemment : le soutien des psy accroît la sécurité des intervenants de première ligne, qui, à leur tour, peuvent prendre en compte la dimension psychique de la grossesse et donner confiance aux familles dans le système de soins. Une fois ce constat établi, on comprend bien l'importance que peut avoir la sage-femme ou l'obstétricien pour les familles, mais on peut légitimement se demander ce que ce travail va leur apporter en retour. Une prise en charge globale, multidisciplinaire, personnalisée, devrait permettre un meilleur suivi des grossesses en améliorant la compliance des patientes, de meilleures conditions d'accouchement, une réduction du nombre de situations difficiles à gérer dans l'urgence... Une des lacunes du cadre réglementaire actuel, comme du Plan Périnatalité, est l'attention insuffisante accordée à l'analyse et la mesure des **bénéfices attendus** du travail en réseau (dans le sens où nous l'entendons ici et pas dans le sens des réseaux régionaux inter-hospitaliers). Ces bénéfices qui semblent empiriquement évidents ne font l'objet d'aucune collecte de données concrètes et rigoureuses. Cela peut expliquer en partie le manque d'investissement, dans le domaine, des gynécologues qui ont une culture scientifique et qui pratiquent couramment des études « avant-après » la mise en place d'une pratique ou d'un traitement.

Selon leurs **modes d'exercice**, les médecins et les sages-femmes hospitaliers, libéraux et territoriaux ont une implication variable dans la prévention globale en périnatalité et dans le travail en réseau :

- les professionnels **hospitaliers** suivent régulièrement des femmes enceintes en situation difficile et sont, au minimum, amenés à les prendre en charge au moment de l'accouchement ;
- les professionnels **libéraux** en ont peut-être un peu moins dans leur clientèle et, pour eux, se pose de façon aiguë la question de la rémunération du travail en réseau que nous avons déjà abordée ;
- les professionnels **territoriaux** se placent, quant à eux, au cœur du sujet. Les services de PMI ont une mission de prévention et s'occupent quotidiennement de familles en grande difficulté. Mais on ne compte à l'heure actuelle que très peu de gynécologues-obstétriciens en PMI et un nombre inégal selon les départements et souvent insuffisant de sages-femmes en PMI.

Dans une communication aux dernières Journées de la Société Française de Médecine Périnatale, intitulée « La sage-femme au sein d'un réseau ville/hôpital » (205), G. Criballet-Fadié souligne que les **sages-femmes** sont dans des conditions et des démarches différentes pour intégrer un réseau, selon qu'elles sont hospitalières, libérales ou territoriales :

- dans les **établissements**, les sages-femmes dépendent du bon vouloir de la hiérarchie pour informer « ses agents ». Mais, ayant de plus en plus conscience de leur responsabilité médico-légale individuelle, les sages-femmes cherchent à avoir accès à des informations épidémiologiques qui ne leur ont pas toujours été diffusées et qui leur permettent de donner du sens aux actions de santé publique souvent mal comprises ;
- les sages-femmes **territoriales** sont les plus difficiles à intégrer individuellement dans un réseau de santé périnatal. Elles sont, de par leur appartenance au Conseil Général, intégrées de fait aux actions du réseau, mais la hiérarchie interne au département de PMI fait que tout dépendra de l'implication des médecins directeurs dans le travail en réseau. Le cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité (17) précise bien la place incontournable des départements de PMI dans le réseau périnatal ;
- les sages-femmes **libérales**, en revanche, de par leur pratique individuelle, ont plus de spontanéité à adhérer au réseau périnatal. Contrairement aux médecins généralistes qui sont sollicités par une multitude de réseaux à thèmes, elles peuvent trouver dans le réseau périnatal une synthèse régionale de leur spécialité. Elles sont plus fréquemment sollicitées pour rédiger des référentiels ou participer à des choix de pratiques communes locales.

- **Les médecins généralistes**

Il existe un malentendu sur la place des généralistes dans le **suivi des grossesses** : on prétend qu'ils ne suivent plus les femmes enceintes, ce qui est loin d'être exact, comme le souligne la Mission périnatalité menée en 2003 par G. Bréart, F. Puech et JC Rozé (31). Partant du constat que les services hospitaliers, débordés par le nombre de femmes enceintes à suivre, délèguent maintenant volontiers ce suivi à la médecine de ville et donc aux médecins généralistes, et que ces derniers se plaignent du manque de communication et de l'insuffisance de réseaux ville-hôpital pour le suivi des grossesses, la Mission souligne la nécessité de développer des outils de communication, comme le carnet de grossesse, de revoir la question de la rémunération du travail en réseau pour les professionnels libéraux, de développer les moyens de formation continue (séminaires et soirées, courriers scientifiques, sites internet...).

Mais après la naissance, lorsque des prises en charge sont instaurées, les médecins généralistes sont souvent oubliés des autres acteurs alors qu'ils peuvent être **un point de sécurité essentiel** pour la famille, un personnage de confiance dans la continuité. Comme nous l'avons vu, le réseau

peut avoir une fonction contenante à la fois pour les familles en difficulté et pour les intervenants. Mais pour cela, il est nécessaire de clarifier les places de chacun aux yeux des familles et notamment la place de leur médecin généraliste, personnage fondamental pour elles. En effet, si le gynécologue-obstétricien ou le psychiatre n'a pas le sentiment que le médecin généraliste disparaît – il l'a dans la tête même s'il n'y fait pas référence –, ce n'est pas le cas pour certains parents et cet effacement des uns par les autres n'est pas sans résonner avec ce qu'ils ont pu connaître dans une histoire troublée : la difficulté à maintenir un fonctionnement triangulé, sans gommage des places respectives. A contrario la capacité des professionnels à penser la place des autres constitue pour certains parents bousculés dans leur trajectoire une sorte de révélation d'une autre manière d'être ensemble, véritable support identificatoire dans l'éducation de leur enfant.

Les médecins généralistes ont **un rôle clef dans la prévention** auprès des femmes enceintes. En effet, ils suivent bon nombre de grossesses et connaissent souvent leurs patientes depuis plusieurs années. Mais, comme le souligne un rapport de l'IGAS de 2003 (38), les avis divergent sur les conditions de la participation des médecins libéraux aux actions de prévention. La Mission de l'IGAS a eu connaissance d'expériences remarquables, dont la force est aussi la faiblesse : elles reposent sur des médecins libéraux peu nombreux, ayant une très grande implication personnelle, et parvenus, par leur compétence et leur charisme, à mobiliser les institutions mais aussi un certain nombre de leurs confrères. Mais la profession est-elle, pour autant, prête à s'engager dans la politique de prévention ? Quel est l'effet d'entraînement de ces expériences auprès de professionnels qui demeurent attachés au colloque singulier et qui ne se cachent pas pour dire la méfiance que leur inspire toute initiative publique ? Le discours souvent tenu est que le praticien fait, dans son cabinet, de la prévention, et que les réseaux existent informellement entre praticiens. Encore faudrait-il disposer d'une évaluation de ce type de pratique, par définition bien difficile à délimiter.

En matière de prévention, les médecins généralistes peuvent également jouer un rôle majeur s'ils sont **sensibilisés à la dimension psychique**. Leur consultation est le lieu d'expression privilégié d'une part importante des souffrances psychiques, comme le confirment plusieurs études qui montrent l'ampleur du nombre de consultations pour « mal-être ». Mais ces mêmes études ont mis en évidence l'impréparation de nombreux praticiens face à ce type de problèmes. En effet, la formation des futurs généralistes n'avait pas accordé jusqu'ici la place qui convenait aux aspects du développement psychoaffectif et aux aspects sociaux de la santé. Les études de médecine forment encore trop peu à la pratique psychologique, à l'écoute du patient et à la prise en compte globale du malade.

- **Les pédiatres et les puéricultrices**

Comme pour les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes, il faut distinguer les pédiatres et les puéricultrices exerçant à l'hôpital, en secteur libéral et dans la fonction publique territoriale. Leur action est centrée sur l'enfant, mais leur rôle ne doit pas se limiter à l'après-naissance. Il existe encore, comme nous l'avons vu, un clivage entre le pôle mère et le pôle bébé : les obstétriciens et sages-femmes s'occupant de la mère, tandis que les pédiatres et les puéricultrices s'occupent du bébé. Le travail en réseau devrait permettre de développer des **liens entre les deux pôles**, car il ne faut pas oublier que toute intervention thérapeutique à l'égard des parents se révèle préventive à l'égard du bébé ; ou, pour reprendre la distinction entre primaire et secondaire, que toute démarche de prévention secondaire envers le parent est également une prévention primaire pour le bébé. Le travail en réseau devrait permettre d'anticiper les difficultés éventuelles des enfants et de les prendre en charge beaucoup plus précocement. Suite aux textes réglementaires sur l'entretien prénatal précoce, des pédiatres se sont montrés demandeurs de rencontrer les femmes enceintes, et, dans le sud de la France, certains vont expérimenter leur propre consultation prénatale au septième mois de grossesse.

F. Molénat, dans l'ouvrage *Naissances, pour une éthique de la prévention* (94), montre que le développement de la médecine fœtale a favorisé l'introduction de la **complémentarité** et du soutien mutuel dans les pratiques médicales. « Un chevauchement s'est opéré : l'obstétricien concerné par l'enfant *in utero* se sent aussi pédiatre et ce dernier, interpellé pour les naissances à risque, donne son avis en cours de grossesse. Mais ces rapprochements ne se font pas sans mal et il existe encore bien des lieux où l'interpénétration soulève des peurs. Peu à peu, la confiance s'est établie et la sécurité a grandi dans les décisions prises en commun. Pour les parents, l'opportunité de rencontrer le pédiatre en cas de risque d'hospitalisation de l'enfant a d'abord été présentée comme informative. En fait, au-delà de l'information, il s'agit d'un véritable partage : confier son enfant, recevoir des images de vie par l'intermédiaire de celui qui l'accueillera, ouvrir l'avenir... ».

Le Plan Périnatalité (18) souligne que l'article 11 du décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (5) marque la volonté des pouvoirs publics de reconnaître la **profession de puéricultrice**. Il prévoit en effet que soient dispensés, en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice, le suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie, la surveillance du régime alimentaire du nourrisson, la prévention et le dépistage précoce des inadaptations et des handicaps, les soins du nouveau-né en réanimation, l'installation, la surveillance et la sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie. Afin de tenir compte des missions incombant aux puéricultrices, les pouvoirs publics s'engagent à conduire une réflexion sur leurs conditions d'exercice et le contenu de leur formation, tenant compte de l'évolution des techniques et des pratiques professionnelles dans leur

domaine d'activité. Le futur programme des études mettra l'accent sur les compétences à acquérir, ce qui conduira à la définition de modules de formation. Cette approche devra s'inscrire dans le processus Licence-Master-Doctorat (LMD).

- **Les psychiatres, pédopsychiatres et psychologues**

Pour M. Dugnat (71), la réflexion actuellement engagée sur les réseaux soulève la question difficile de la position des psychiatres et en particulier celle de la **répartition des rôles entre psychiatres et pédopsychiatres** ; en effet on constate encore souvent que les grossesses sont déferées au psychiatre d'adultes et les troubles du bébé au pédopsychiatre, dans une division du travail qui ne facilite finalement pas la prise en charge de la mère et la construction d'un transfert. Il semble qu'au prix d'un meilleur respect mutuel, les différents intervenants de la discipline psychologique ont actuellement les moyens de dégager des processus de travail commun, tout en gardant leur diversité. Restent à trouver les montages entre psychiatres et psychologues en maternité, pédopsychiatres, psychiatres d'adultes, pour que les différents registres en jeu dans les graves souffrances familiales puissent se déplier et être abordés là où la compétence s'impose, plutôt que d'être compactés dans un vague «soutien psychologique» ou une chimiothérapie isolée.

Dans l'intérêt de l'enfant, il convient d'instaurer l'environnement le plus stable et le plus fiable possible, malgré la défaillance parentale, en prenant en compte les liens d'attachement déjà existants, même s'ils sont pathologiques et pathogènes. La mise en place de cet environnement est vitale pour le petit enfant, qui ne s'en différencie pas encore bien et qui ne se construit en tant que personne que dans un minimum de continuité dans les soins et dans ses relations affectives. Traiter les bébés, c'est traiter les dysfonctionnements des interactions parents-nourrisson mais aussi famille-intervenants et entre intervenants. C'est alors que l'on peut conceptualiser le réseau de professionnels comme un système dynamique ouvert à d'autres alliances et donc toujours renouvelé, visant à un maillage protecteur et créatif pour le bébé et ses parents. En **pédopsychiatrie**, ce travail en réseau est fondamental. Les parents n'étant pratiquement jamais demandeurs, l'accès aux nourrissons à risque psychosocial et leur traitement ne sont possibles que grâce à un travail conjoint de l'équipe de pédopsychiatrie et des différents intervenants médico-sociaux : maternités, pédiatres, médecins généralistes, services de PMI, services sociaux, services judiciaires, centres maternels, pouponnières, services de psychiatrie adulte...

Dans l'ouvrage *Souffrances autour du berceau. Des émotions au soin*. (85), M. Lamour évoque les **différentes formes d'intervention du pédopsychiatre** dans le cadre du travail en réseau :

- la forme la plus classique est l'**intervention directe** auprès des femmes ou des couples sous forme d'entretiens soit à la maternité, soit en consultation ;

- dans le cas de la prise en charge d'un enfant par une **unité de pédopsychiatrie**, suite à une demande de traitement pour des familles à pathologie grave, le pédopsychiatre est à la base d'un travail conjoint de l'ensemble des intervenants. Chacun, avec la spécificité de son regard, apporte des éléments qui, synthétisés, donneront une représentation de l'enfant, des parents, des relations parents-nourrisson ;
- le pédopsychiatre peut aussi apporter une **aide indirecte** aux professionnels qui ont en charge de jeunes enfants et souhaitent consulter des spécialistes de la psychiatrie du nourrisson afin d'avoir un éclairage spécifique sur une situation préoccupante. Des réunions sont organisées entre ces professionnels, avec pour objectif, non pas le partage d'informations et encore moins une prise de décision, mais plutôt de comprendre ce que chaque professionnel représente pour la famille, la manière dont il peut favoriser un mouvement d'évolution psychique du fait de sa formation, de son mandat professionnel. Cette aide indirecte est particulièrement intéressante dans les situations de crise auxquelles les intervenants médico-sociaux de la petite enfance sont régulièrement confrontés. Dans un climat d'urgence et de dramatisation, la crise expose à la fois l'enfant, les parents et les intervenants à des risques importants ;
- enfin, le pédopsychiatre intervient dans des **rencontres systématisées** qui sont organisées régulièrement avec les équipes, indépendamment du suivi d'un enfant, qu'il s'agisse de réunions mensuelles ou de journées de formation, par exemple.

- **Les services médicosociaux départementaux, PMI, ASE**

Les lois de décentralisation ont fait du département la collectivité pivot en matière d'aide médico-sociale. La loi du 22 juillet 1983 a en effet transféré aux Conseils Généraux les services de l'Aide Sociale à l'Enfance, les actions de Protection Maternelle et Infantile et le service Départemental d'Action Sociale.

La **Protection Maternelle et Infantile** recouvre un champ d'action extrêmement large (38), comprenant, dans le domaine de la maternité *lato sensu*, la planification et l'éducation familiale, la surveillance médico-sociale de la femme enceinte ; dans le domaine de la petite enfance, la surveillance médico-sociale sous forme de consultations pour les nourrissons, de vaccinations et de bilans de santé notamment, ainsi que la régulation et le contrôle des modes de garde des enfants ; enfin, de façon plus spécifique et en fonction des priorités locales, des actions en direction de certaines catégories d'enfants, de familles et portant sur des pathologies de l'enfance.

Sous la responsabilité d'un médecin, le **travail en équipe pluridisciplinaire** permet au service de PMI de développer toutes sortes de collaborations pour réaliser ses missions (18). Les moyens dont il dispose (consultations, visites à domicile ou en établissements, séances de préparation à la naissance...), lui permettent d'agir le plus en amont possible sur les facteurs de risque

médicaux, sociaux et psychologiques, notamment en facilitant l'accès aux soins. Il offre un service de proximité grâce auquel les parents peuvent échanger et se familiariser avec leur nouvelle fonction de parents. Toutefois, la portée de l'investissement départemental en matière de protection de la mère et de l'enfant dépasse ce seul domaine d'accompagnement parental. En effet, la PMI se situe **à l'intersection de nombreuses autres politiques de prévention**, dont le succès dépend souvent d'une bonne coordination entre les services, organismes et professionnels concernés. Il en va ainsi, sans viser à l'exhaustivité, dans les domaines de l'épidémiologie scolaire, des bilans de santé, de la périnatalité, des campagnes de vaccination, de la santé mentale...

Mais, dans le rapport « Prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents » (39), l'IGAS constate que, d'une manière générale, **les moyens** de la PMI sont insuffisants : environ la moitié des départements se situent en dessous de la norme minimale d'encadrement fixée par la loi du 18 décembre 1989 (source DREES-1998). Dans ces conditions, l'investissement de certaines équipes dans la participation à des Plans Régionaux de Santé publique se trouve, à terme, hypothéqué. De même, la participation à l'activité des réseaux de périnatalité (ou la collaboration à des réseaux de santé mentale) risque d'être illusoire, alors qu'il s'agit d'un enjeu de prévention essentiel. Plus préoccupante est la situation qui résulte du **statut** de la PMI, dont on peut se demander s'il est adapté à la période actuelle de forte croissance des populations précarisées. La PMI ne peut effectuer que des actes de prévention et de dépistage, ce qui oblige les familles à une seconde consultation chez un médecin d'exercice libéral pour les soins. C'est méconnaître la fragilité culturelle des familles en situation de précarité que d'estimer qu'il va de soi qu'elles consulteront une seconde fois.

A l'occasion de ses différentes enquêtes, l'IGAS (38) a pu constater que l'indispensable **coordination interinstitutionnelle** requise par la prévention en direction de l'enfance pose problème dans de nombreux départements. Ce problème peut résulter de facteurs divers : tentation autarcique de telle ou telle institution, contraintes budgétaires, insuffisance de ressources humaines disponibles, relations personnelles tendues entre responsables, etc. Ainsi, le Plan Périnatalité (18) propose d'**améliorer la communication et le partage d'informations** des acteurs autour de la PMI :

- en inscrivant au programme de l'IGAS une enquête concernant l'exercice des compétences décentralisées et le respect des règles d'organisation et de qualification des personnels des services de PMI ;
- en valorisant et favorisant les échanges d'expérience, entre tous les partenaires publics et associatifs, notamment dans le domaine de la parentalité et du soutien aux personnes les plus exposées, afin que tous les acteurs de la périnatalité connaissent le rôle et les initiatives de la PMI en période périnatale. L'organisation régionale prévue par le projet de

loi relatif à la politique de santé publique permettra de diffuser ces connaissances au travers de la Conférence Régionale de Santé et des Plans Régionaux de Santé publique, en lien avec les Commissions Régionales de la Naissance ;

- en mettant en place, au niveau national, une rencontre biennale d'échanges et de promotion des initiatives locales entre les services de l'Etat et les services de PMI autour de la naissance, en associant les services de maternité, d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et de pédopsychiatrie selon les thèmes ;
- en créant un support de liaison et de dialogue par Internet entre les différents services intervenant dans le domaine de la périnatalité. Ce dispositif sera complété par un bulletin de liaison périodique inter-services, faisant le point sur l'état d'avancement de la prise en charge des mères et des enfants.

Les acteurs de la PMI sont des interlocuteurs privilégiés pour les équipes soucieuses de s'engager dans la prise en charge des risques médico-sociaux. Or, bien souvent, d'après le Rapport Périnatalité et Parentalité de février 2006 (35), les liens existant entre le milieu hospitalier et ces services sont trop distendus, ce qui nuit à l'efficacité du dispositif. MT. Hermange, rapporteur de la Mission, estime qu'il est important de **renforcer la collaboration** entre les équipes de PMI et les structures hospitalières, et si possible, d'installer une structure départementale de PMI dans chaque maternité. Cette collaboration aurait pour objectifs :

- de repérer les risques médico-sociaux afin d'adapter le type de prise en charge des parents et des nouveau-nés, et ce conformément aux normes fixées dans les décrets d'octobre 1998,
- d'organiser, en réseau, la prise en charge de la grossesse, de la naissance et du suivi post-partum de la mère et du nouveau-né, selon les facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociaux,
- d'orienter les mères vers des lieux de naissance adaptés aux risques dépistés et en particulier les femmes à risque d'accouchement très prématuré,
- de soutenir les femmes en difficulté sociale ou psychologique, ou qui ont des pratiques addictives (drogues, tabac, alcool),
- d'assurer le même accès aux soins, quelle que soit la couverture sociale des intéressées, pour permettre, dans toute la mesure du possible, aux femmes non assurées sociales de recouvrir leurs droits sociaux dans les maternités, et pour garantir la prise en charge de leurs soins dans la période où elles sont sans couverture sociale,
- d'orienter les mères vers les dispositifs municipaux et/ou départementaux susceptibles, avant, pendant et après la grossesse, d'offrir des prestations d'accompagnement non médical,

- de clarifier le rôle de chaque partenaire institutionnel (hôpital, département et caisse primaire d'Assurance maladie) dans une logique de partenariat.

Selon la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29), la PMI pourrait **renforcer son rôle de prévention** par le biais des certificats de santé des enfants (examens médicaux obligatoires du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois, du 24^{ème} mois et des 3 ans). Tout parent se voit remettre lors de la naissance de son enfant un carnet de santé comportant des certificats de santé qui attestent que les examens médicaux obligatoires ont bien été respectés. Après l'examen médical de l'enfant, le médecin traitant doit remettre un exemplaire du certificat de santé aux parents, qu'ils envoient à la CAF, et envoyer lui-même un double de cette attestation au service de la PMI. En pratique, les CAF signalent aux PMI tous les mois par listing papier (faute de procédure informatisée, du fait du manque d'équipement des PMI), la liste de tous les allocataires n'ayant pas justifié de la passation d'un examen postnatal obligatoire. Toujours selon la Mission, les échanges entre CAF et PMI ne paraissent pas opérationnels, et aucune exploitation n'est faite des informations transmises par les CAF aux PMI, faute de moyens humains pour les interpréter. La Mission estime donc important de revoir cette procédure, car l'absence de certificats de santé est bien souvent le signe que l'enfant est négligé. Il faudrait donc que les CAF aient l'obligation de signaler à la PMI les enfants pour lesquels les certificats de santé obligatoires n'ont pas été transmis.

La position privilégiée du service de PMI dans le système de suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants en fait également un **relais indispensable du système d'information** sur l'état de santé, l'environnement socioéconomique et les actions de prévention (vaccinations...) (18). C'est pourquoi les PMI transmettent annuellement à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) des statistiques issues des certificats de santé au 8^{ème} jour (prématurité, poids de naissance, âge de la mère, taux de césariennes et de transferts, allaitement maternel, anomalies de naissances). Ces données apparaissent cependant insuffisantes au regard des besoins d'informations nécessaires à l'élaboration et au suivi de la politique périnatale nationale et locale. A cet égard, une réflexion destinée à améliorer ce système a été amorcée par la DREES en concertation avec la DGS, l'InVS, l'INSERM, l'Assemblée des départements de France et le syndicat des médecins de PMI, pour refondre et mieux coordonner les sources existantes. Il est apparu souhaitable de substituer à ces remontées partielles et agrégées celle d'un échantillon anonyme de certificats de santé permettant d'établir, pour l'ensemble des variables collectées lors de l'examen du 8^{ème} jour, des statistiques agrégées plus complètes, comportant en particulier des possibilités multiples de croisement de variables, mais également de disposer de données permettant la modélisation individuelle des facteurs de risques et des comportements sur lesquelles les informations sont recueillies.

Outre les services de PMI, les Conseils Généraux sont également responsables des services d'**Aide Sociale à l'Enfance** (ASE). Selon le Code de la Famille et de l'Aide Sociale, le service de l'ASE est un service non personnalisé du département, chargé des **missions** suivantes :

- apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs de moins de vingt-et-un ans confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;
- organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles ;
- mener, en urgence, des actions de protection en faveur des mineurs ;
- pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;
- mener, notamment à l'occasion de ces interventions, des actions de prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil des informations relatives aux mineurs maltraités et participer à leur protection.

La complexité de notre **système institutionnel de protection de l'enfance** (35) aboutit bien souvent à une absence de coordination, d'ailleurs dénoncée par les professionnels comme étant une forme de maltraitance institutionnelle. Le rapport de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29) résume son fonctionnement :

- la **protection administrative** est mise en œuvre par les Conseils Généraux avec l'aide du secteur associatif. Elle regroupe l'ensemble des interventions individuelles et collectives de nature essentiellement préventive. L'accord des personnes qui bénéficient de ces interventions est nécessaire. Ce type de protection repose sur l'existence d'un risque en matière d'éducation, d'entretien, de santé et de sécurité ou de moralité. C'est le service de l'Aide Sociale à l'Enfance qui assure cette mission, qui devrait concerner l'ensemble des enfants en risque ;
- la **protection judiciaire** regroupe les interventions individualisées à partir d'une décision du Juge des enfants, l'ordonnance. Ce type de protection vise à contrôler l'exercice de l'autorité parentale sans y porter atteinte, en apportant aide et accueil à la famille, qui n'a pas accepté en premier lieu l'aide proposée par les services de la protection administrative. Il s'impose tout naturellement dans la plupart des cas de maltraitance.

Si la protection de l'enfance est organisée en deux secteurs, la **mission de repérage et d'évaluation des dangers** est principalement dévolue aux Conseils Généraux, et la loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la

protection de l'enfance affirme explicitement la responsabilité du Conseil Général en matière de prévention et de protection des mineurs victimes de mauvais traitements. Elle oblige le Président du Conseil Général à mettre en place, au niveau départemental, un dispositif permettant de recueillir en permanence des informations relatives aux mineurs maltraités et de répondre aux situations d'urgence, ainsi que d'informer les professionnels qui lui ont communiqué ces informations de la suite qui leur a été donnée.

Le service de l'ASE a un rôle majeur dans la protection de l'enfance, mais la **double tutelle** - celle du Conseil Général d'une part, celle du Juge pour enfants d'autre part - sous laquelle la décentralisation a placé la protection de l'enfance aboutit à une **dilution des responsabilités** (39). Lorsque le juge décide de confier directement un enfant à un particulier ou un à établissement, le département n'en est pas averti, et ne dispose ainsi d'aucune information sur cet enfant. Le département n'exerce pas de contrôle du suivi des mesures judiciaires que, pourtant, il finance, et le service chargé d'exécuter la mesure ne rend compte qu'au magistrat. Il n'existe aucun référent susceptible de garantir la continuité du suivi et, par conséquent, son évaluation.

Actuellement, comme le souligne la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29), les **organisations départementales** sont très diversifiées :

- certains départements sont organisés en **directions techniques distinctes** selon les missions (PMI, service social départemental, ASE), ces directions ayant une autorité hiérarchique sur leurs unités territoriales également différenciées et entre lesquelles n'existent que des liens fonctionnels. Dans ce type d'organisation, la transversalité est assurée au niveau central, au-dessus des directions techniques ;
- d'autres départements disposent d'«**unités territoriales**» déconcentrées regroupant, sous l'autorité d'un responsable unique, des professionnels de la PMI, de l'ASE et de l'action sociale générale. Dans ce type d'organisation, la transversalité est impulsée au niveau territorial par le responsable de secteur ;
- enfin, l'organisation de certains départements repose sur des **circonscriptions déconcentrées** dans lesquelles les personnels PMI, ASE et action sociale sont «mutualisés» sous la responsabilité d'un chef de mission territorial. Les missions sont définies à l'échelon central et les chefs de mission territoriaux sont co-désignés par les directions techniques et la direction chargée de la coordination des secteurs. Il semble que ce dispositif ait parfois été conçu afin de ménager les susceptibilités des personnels des directions techniques qui acceptaient difficilement d'être sous la responsabilité d'un directeur technique relevant d'un autre statut. Ce type d'organisation donne deux niveaux de transversalité : centrale par la définition des missions, territoriale par l'intermédiaire des chefs de mission.

Quelle que soit l'organisation des services retenue par chaque Conseil Général, il ressort des auditions effectuées par la Mission, que les départements devaient améliorer la communication entre leurs propres services, avant de vouloir instituer des procédures d'échange d'informations systématiques avec les services du parquet ou de l'éducation nationale. De même que les modes d'organisation interne des départements ne sont pas stabilisés, les instances de concertation entre l'ASE et la justice sont multiformes et leurs rapports ne sont pas toujours simples.

La Mission estime que, pour renforcer la cohérence de l'action des départements, tous les départements devraient respecter leurs obligations légales, en adoptant un règlement départemental d'aide sociale, mais surtout en élaborant un **schéma départemental de protection de l'enfance**, afin que les objectifs de cette politique et les investissements à long terme soient connus de tous. Cette programmation des objectifs permettrait aussi à l'ensemble des partenaires concernés de faire valoir leurs points de vue sur les priorités départementales. À moyen terme, il faudrait revoir le dispositif de planification de la protection de l'enfance pour en faire un outil conjoint entre l'État et le département, et parvenir ainsi à adapter l'offre aux besoins réels de l'enfance en danger.

Les services de l'Aide Sociale à l'Enfance ont attiré l'attention de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29) sur le **nomadisme** et les **stratégies d'évitement** développés par certaines familles. Compte tenu de la pluralité des acteurs et de l'organisation territorialisée du dispositif, le déménagement de la famille est une des principales failles du suivi. La Mission propose l'élaboration de **conventions entre les départements et les Caisses d'Allocations Familiales**, qui pourraient permettre à celles-ci, à partir de leur fichier d'allocataires, de renseigner le service de l'ASE qui a perdu trace de la famille, afin de lui faire connaître sa nouvelle adresse. Le service de l'ASE du département de départ de la famille se mettrait alors en contact avec celui du département d'arrivée, pour lui signaler les coordonnées de la famille qui doit continuer à bénéficier d'un suivi. À terme, le service de l'ASE pourrait consulter directement les coordonnées des allocataires. Dans un avenir très proche, il existera en effet un fichier national des allocataires des CAF, et il sera possible de consulter ses données à partir d'un numéro d'allocataire unique, qui ne sera pas modifié lorsque l'assuré changera de caisse d'affiliation. Il serait donc possible d'autoriser, sous certaines conditions, les professionnels de l'ASE à avoir accès à ce fichier pour les seules données relatives aux coordonnées des familles.

Le rapport de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29), évoque la nécessité de revoir la coordination des politiques de solidarité et de prévention médico-sociale, en indiquant que **les communes** devraient être parties prenantes dans les politiques de prévention primaire et de développement social. L'accompagnement social des familles ne pouvant se faire contre leur gré, il paraîtrait essentiel d'associer les habitants des quartiers difficiles à la création de centres sociaux et de maisons de quartier, pour que les habitants se sentent impliqués dans

leur environnement social. Le suivi individualisé des familles à risque devrait être complété par une politique de la ville qui, grâce à une approche plus communautaire, aurait aussi un rôle à jouer dans la prévention des risques sociaux. De plus, le **réseau associatif** constitue un partenaire à part entière de la protection de l'enfance, de nombreuses compétences départementales étant assumées par les associations.

- **Les femmes enceintes et les couples**

Il va de soi que les femmes enceintes et les couples sont au cœur du réseau, comme en témoigne l'ensemble de l'argumentation présentée ici. En effet, l'entretien prénatal précoce, soutenu par la mise en place de pratiques médico-sociales en réseau, n'a vu le jour qu'afin d'améliorer le vécu de la grossesse, de l'accouchement puis du *post-partum*. Revenir une nouvelle fois sur la **place centrale** qu'occupent les femmes enceintes et les couples dans la sphère périnatale ne paraît donc pas nécessaire, puisque ce postulat fonde l'intégralité de ce travail de thèse.

Afin d'illustrer la reconnaissance de l'importance d'une prise en charge attentive aux familles, on peut néanmoins mentionner l'existence d'un **collectif d'associations**, le **CIANE** (Collectif Interassociatif Autour de la Naissance), qui regroupe 88 associations de terrain et a été fondé en 2003 pour participer aux Etats Généraux de la Naissance (203). Il a pour objectif de restaurer la confiance des parents dans le système de soins et de donner satisfaction à leurs droits. Il s'appuie sur le postulat qu'un acte médical est le déploiement d'un acte technique dans le cadre d'une relation humaine.

Comme on l'a vu, au sein d'un réseau, chacun doit se sentir conforté dans la place qui est la sienne. Travailler ensemble ne signifie nullement brouiller les identités et les rôles, mais, bien au contraire, réaffirmer le positionnement de chacun pour que la spécificité de son approche puisse enrichir celle des autres. Cependant, même lorsque la volonté de travailler ensemble existe, même lorsque chaque membre du réseau est ouvert à la vision des autres, la mise en pratique de l'échange et du partage d'informations ne va pas de soi. Comment parvenir à mettre en place un support adéquat à la transmission des informations en périnatalité ?

3 – LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS : POUR UN DOSSIER PERINATAL PARTAGE ?

La question de la transmission des informations pose de nombreuses difficultés dans le cadre des réseaux périnataux de proximité. Alors même que l'un des intérêts majeurs du travail en réseau est de faciliter l'échange entre professionnels de spécialités diverses et exerçant dans des contextes divers, les modalités de cet échange restent à définir. Il s'agit de construire un support de transmission qui respecte la part du secret tout en permettant un véritable échange entre les acteurs de domaines différents. C'est dans cette perspective que la mise en place d'un dossier périnatal partagé est actuellement à l'étude.

3.1– ÉCHANGER LES INFORMATIONS ET RESPECTER LA PART DU SECRET : UN DILEMME

- **La dimension humaine de la transmission**

F. Molénat (94) insiste sur le rôle central des transmissions interprofessionnelles, qui « constituent l'ossature du réseau humain », et donc sur l'importance de creuser cette question. Quels sont les liens entre les uns et les autres ? La manière d'être ensemble ne peut se résumer aux conventions administratives telles qu'elles se mettent en œuvre sur le terrain. La clinique quotidienne en périnatalité démontre avec force que la mobilisation psychique chez les **parents vulnérables** est favorisée par l'engagement personnel des intervenants, mais aussi par leurs modalités de communication. Découvrir que les médecins, les services travaillent ensemble, représente souvent pour ces parents une révélation : ils perçoivent alors leur place au sein d'un collectif qui les soutient. Le fait même de prendre conscience du temps que les acteurs des sphères médicales et sociales passent sur leur situation atteint leurs fondations narcissiques. Ce qui va se transmettre ouvre un autre champ, celui de la place qu'ils ont pu occuper dans d'autres configurations relationnelles, ayant présidé à la construction de leur identité. L'articulation entre les places affectives dans l'histoire du parent, puis dans celle de l'enfant, et les places sociales ici et maintenant est donc interrogée. La lecture en est difficile, mais possible, grâce à la stabilité acquise par le biais des collaborations. Quelles représentations de la famille et de la propre place professionnelle de l'intervenant sont véhiculées ? Comment passer de la description d'un comportement, ou de la liste des carences, à la transmission de ce qui s'est échangé à un moment de l'intervention et qui disait les peurs et les attentes ? « Contrairement aux facteurs de risque classiques, les sentiments ne sont jamais négatifs : ils constituent ce que le sujet en souffrance a à dire de lui-même dans sa situation si précaire, cette vérité humaine toujours singulière mais souvent masquée sous les observations objectives ».

Du côté des **intervenants**, la question de la transmission renvoie à la question de l'identité professionnelle de chacun : aux représentations marquées par une sorte d'illusion de symétrie succèdent des rapports plus différenciés, respectueux de la spécificité de chacun dans l'accompagnement de la grossesse. Néanmoins il existe un risque de déception dans les collaborations et il serait dangereux de les idéaliser en les présentant comme allant de soi dans une complémentarité de bon aloi. Entre les somaticiens et les psys, notamment, il y a une hétérogénéité qu'il convient de respecter.

- **Distinguer ce qu'il convient de partager ou de garder pour soi**

En dépit des écrits assez nombreux qui ont été produits sur le thème de la transmission des informations, la plupart des professionnels continuent à se poser beaucoup de questions : Qu'est-ce que l'on se transmet ? Quelles règles se donner ? Quelle place accorder à la confidentialité ? Sont évoquées les diverses « réunions périnatalité », les « staffs de parentalité », qui se sont multipliés ces dernières années ; ces rencontres interdisciplinaires ont permis une meilleure connaissance mutuelle et favorisent le travail de liaison. Mais sont évoquées aussi les limites à ces échanges, qui renvoient au problème de la **confidentialité** : pour pousser les choses à l'extrême, soit les staffs parlent des dossiers difficiles devant des personnes qui ne sont pas directement impliquées et l'on se demande ce qu'il advient de ce déballage d'intimité, soit on ne parle pas de cas et les réunions finissent par tourner en rond. Ces réflexions mettent l'accent sur la nécessité de partir de la femme enceinte, des professionnels les plus proches d'elle, puis de s'ouvrir peu à peu à d'autres intervenants, sans que personne ne disparaisse, même si l'implication directe de chacun évolue selon les étapes. Comme le souligne D. Capgras (201), toute information n'est pas bonne à transmettre ; le partage doit toujours être limité et finalisé dans l'intérêt de la patiente.

Les **psys**, habitués au secret, sont fréquemment confrontés à la question, très concrète, de savoir ce qui peut être dit et retransmis, que ce soit à l'équipe obstétricale, à l'obstétricien de la patiente, à une sage-femme donnée, ou à l'ensemble du personnel de la maternité. Souvent attentif initialement à respecter un secret strict dans la relation d'entretien, le psy doit apprendre, selon M. Dugnat (71), comment peuvent être entendues les choses qu'il dit ou ce que peut produire le fait qu'il ne dise pas les choses qu'il a entendues. La transmission doit porter sur les éléments qui sont nécessaires à l'équipe pour comprendre les symptômes de la patiente et aménager sa prise en charge.

Il est évident que la situation inverse peut aussi se présenter : les **sages-femmes** peuvent se voir révéler des secrets dont il n'est pas question pour elles de les évoquer auprès du psy. F. Molénat a insisté sur la qualité toute particulière de ce type de transfert qui se développe entre la femme

enceinte ou son mari et la personne en charge de la grossesse. Il s'agit donc de savoir trouver une juste distance.

Le **somaticien** n'éprouve généralement pas de difficultés pour partager ses informations avec le psychiatre. En revanche, constate J-P Visier (113), le **psychiatre** est parfois en difficulté pour trier parmi les informations recueillies auprès des parents et celles qu'il peut échanger avec le somaticien. Tout se passe comme si le psychiatre se trouvait partagé entre une identification au somaticien et une identification à la famille. Les modalités de fonctionnement psychique qu'il a pu entrevoir doivent lui permettre d'occuper une place de « passeur » entre la famille ou le sujet et le somaticien. Il s'agit d'un problème de traduction qui nécessite une élaboration parfois délicate. La réticence à partager - qui va parfois jusqu'au refus - renvoie à une représentation inadéquate des enjeux de ce partage. L'élaboration qui doit se faire autour de l'échange comme celle qui concerne le langage participe en fait à la co-construction d'un espace intermédiaire entre psychiatre, somaticien et famille.

- **Impliquer la femme / le couple dans la transmission des informations**

La transmission interprofessionnelle doit être abordée avec la plus grande rigueur. Elle constitue ce par quoi se tisse un environnement humain : « comment parlons-nous ensemble d'une même famille ? ». Presque tous les acteurs ont fait l'expérience du choc éprouvé par les parents lorsqu'ils prennent conscience d'une transmission faite « dans leur dos », surtout si elle a concerné des éléments perçus comme négatifs (un diagnostic, un comportement, une décision médicale ou sociale pour leur enfant). On voit alors émerger les prémices d'une démission parentale ou la perte de confiance des couples dans le système, qui se traduisent par un repli ou un refus des soins, avec les conséquences que cela implique sur le comportement des professionnels. Au contraire, une transmission élaborée avec la femme elle-même lui donne l'occasion de se sentir active dans la mise en place du réseau qui s'anime autour d'elle – composante essentielle de la prise de confiance.

La participation des couples au choix des informations à transmettre, tout comme leur présence au moment de la transmission, consolident leur confiance dans le système de santé. La possibilité de consigner ses observations personnelles sur un support (carnet de maternité, livret d'un réseau périnatal, etc.) doit être offerte à la femme enceinte. Ces observations personnelles peuvent concerner la planification des séances de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, un résumé du contenu des séances, des questions que la femme souhaite poser lors de la prochaine séance, des éléments de cheminement personnel.

Les sages-femmes du Pôle Santé Sarthe et Loire situé entre Angers et Le Mans, maternité de niveau I, ont reçu une formation à l'entretien prénatal précoce. Leur synthèse de l'entretien est

originale (222) : elle est rédigée à la première personne, par la femme enceinte aidée par la sage-femme. Cette synthèse pourrait ressembler à ceci : « Suite à mon entretien avec..., le..., je voudrais accoucher..., mes craintes sont..., ce qui me sécurise c'est..., je souhaite un contact avec..., je souhaite une consultation spécialisée avec... ». Cette approche est intéressante car elle implique fortement la femme enceinte dans les transmissions et limite les risques de transmission sans son accord.

- **Le retour d'informations : une nécessité**

Le souci de replacer la femme enceinte, ou le couple, au centre du travail en réseau, apparaît également dans l'importance accordée aujourd'hui à l'instauration d'un retour d'informations. Il s'agit en quelque sorte de développer un nouveau secteur de la transmission d'informations : alors que l'on se souciait jusqu'à présent de l'échange en amont de la gestion des situations difficiles, il s'agit ici de s'intéresser au partage d'informations en aval. Cela s'avère **essentiel à plusieurs titres** : pour la sécurité clinique, pour conforter l'engagement des acteurs, pour permettre une évaluation des actions, mais aussi pour renforcer le sentiment de sécurité des parents.

Pour ces nombreuses raisons, la nécessité du retour d'informations s'impose. Aucune réglementation n'exige de valider la mise en place des relais, l'indication d'une consultation spécialisée, le bien-fondé d'un avis. Et pourtant, selon F. Molénat (94), ces actes nourrissent le « tissu conjonctif » qui fait tenir le réseau humain et soutiennent l'engagement des professionnels de première ligne. Penser à donner des nouvelles contribue aussi à offrir la meilleure évaluation possible. Les parents peuvent y être actifs. De plus en plus, ils sont incités à rappeler, à repasser. Cette invitation signifie qu'un changement de cadre ne signifie pas la fin de toute relation, que des personnes avec qui des liens forts ont été noués restent présentes dans l'esprit du professionnel. C'est d'autant plus important pour les parents qu'eux-mêmes auront à soutenir chez leur enfant les processus d'individuation et de séparation.

L'évaluation et le retour d'informations permettent une **analyse critique** des processus d'évolution des pratiques, des améliorations à poursuivre et des avancées obtenues. Cela suppose un degré de structuration de la coopération qui dépasse la simple gestion du travail habituel en partenariat. M. Delour (68) souligne que, d'une part, on instaure une collaboration avec des partenaires inhabituels et que, d'autre part, on modifie les modes de collaboration avec des partenaires habituels. Mais surtout, et c'est là le changement le plus radical et le plus essentiel, la famille est devenue le point de convergence des regards des professionnels et des institutions, car c'est avec son accord que se mènent les échanges et leurs résultats lui seront rapportés.

Au-delà des questions essentielles portant sur la part des informations à transmettre ou à garder pour soi, en amont comme en aval, il convient de s'interroger de manière très concrète sur la mise en place de l'échange : trouver le support adéquat à une transmission réussie ne va pas de soi.

3.2- CONSTRUIRE UN SUPPORT DE TRANSMISSION ADEQUAT : UNE QUESTION D'ACTUALITE

- **Les recommandations de l'HAS, guide pour une transmission réussie**

L'HAS recommande le suivi de la femme ou du couple puis de l'enfant, de la période prénatale à la période postnatale (23). Cela implique une coordination entre les différents acteurs, un partage des informations médicales, psychologiques et sociales réunies dans un dossier périnatal, lors de l'entretien individuel et des évaluations successives de la situation, à chaque étape de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité. Ces informations doivent être accessibles à la femme. Chaque acteur peut partager l'information, si la femme y consent, en comprend l'intérêt et devient dans le même temps un acteur à part entière de la transmission. Les réelles situations de danger, comme la violence sur mineur, l'isolement extrême, impliquent pour le professionnel une obligation de signaler les faits.

Les différents acteurs concernés, quels que soient leur mode d'exercice et leur discipline, doivent faire preuve de discernement au moment du partage des informations, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité. Pour aider les professionnels impliqués dans un réseau périnatal à faire preuve de discernement au moment d'un passage d'information, un questionnaire a été conçu à partir d'un document de réflexion sur la prévention des troubles de la relation autour de la naissance, édité par le ministère de la Communauté française de Belgique (Van der Linden Roegiers, 2004) :

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Si je transmets une information, c'est dans quel objectif ? Pour aider qui ?- Avec quelle retombée positive espérée ?- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?- La femme ou le couple à aider est-il au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je me passer de leur accord ?- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ? |
|--|

- **Les difficultés juridiques relatives à la transmission**

Si la transmission pose évidemment des questions éthiques, elle se heurte également à des difficultés juridiques. En effet, le partage du secret est légalement reconnu dans la sphère médicale, mais il n'a pas encore de reconnaissance juridique dans la sphère sociale. C'est ainsi que, dans son rapport de janvier 2006 (29), la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants constate que la protection de l'enfance souffre d'abord du cloisonnement entre les différentes administrations compétentes, cloisonnement renforcé par les règles du secret professionnel qui, en l'état actuel du droit, n'autorisent pas le partage des informations. Dans la pratique, les professionnels de la protection de l'enfance partagent leurs informations par le biais de réseaux informels. Plusieurs intervenants ont fait part à la Mission de leurs craintes devant les incertitudes pesant sur la légalité de cette pratique. Ils ont réclamé une clarification des textes et préconisé la définition d'un « **secret social partagé** ». Comme l'a fait remarquer Jean-Pierre Rosenczveig, Président du tribunal pour enfants de Bobigny, « le travail social étant de plus en plus complexe, aucune équipe seule ne peut régler tous les problèmes d'une famille. L'échange d'informations est donc nécessaire, ce qui suppose la reconnaissance légale d'un secret partagé en matière sociale, comme il l'est en matière médicale ».

La Mission estime qu'il est indispensable de définir par la loi la notion de secret social partagé. Cependant, la démarche législative ne résoudra pas tous les problèmes. Pour Jean-Pierre Rosenczveig, le débat ne porte pas seulement sur le droit pénal : pratiques professionnelles, morale, déontologie et éthique personnelle entrent aussi en jeu. Selon lui, il faut rappeler à chacun que la priorité est de faire cesser le danger, et qu'il y a une possibilité, et non pas une obligation, de parler : « Les personnes soumises au secret professionnel doivent garder le choix entre parler et se taire, et aucune loi ne pourra leur dire ce qu'elles doivent faire. En outre, ce n'est pas parce que l'on peut parler que l'on peut dire n'importe quoi à n'importe qui. En d'autres termes, ce sera un soulagement de voir le secret partagé en matière sociale reconnu dans la loi, mais une formation déontologique des personnels sera nécessaire ». Il ne faut jamais oublier la finalité du partage d'informations, afin de trouver le difficile équilibre entre la nécessité de faire circuler l'information auprès des professionnels et une diffusion trop large sans objectif précis.

- **L'enjeu du support de transmission : le dossier périnatal partagé à l'étude**

Lors du suivi de grossesse, le recueil des informations est discontinu. Il est réalisé par le médecin traitant et/ou le gynécologue-obstétricien en ville ou à l'hôpital, les soignants du lieu de naissance, la sage-femme de PMI, le pédiatre de ville... On voit bien l'intérêt que présenterait un dossier partagé, qui pourrait circuler entre les intervenants. Il existe déjà le **carnet de maternité**, distribué par les Conseils Généraux et confié à la future maman dès réception de la déclaration de grossesse. Les éléments du suivi y sont notés sur des feuillets autocopiants, dont un double reste

chez le médecin qui la suit. Mais ce carnet n'engage qu'un seul soignant, et il ne reçoit qu'une adhésion mitigée. Ses limites viennent probablement du fait qu'il est soumis à la bonne volonté de tous, que son contenu actuel n'est pas parfaitement adapté, qu'il est confié à l'utilisateur, ce qui s'avère problématique au niveau juridique. En effet, si la loi dit que l'utilisateur doit avoir accès à son dossier, elle dit aussi que les établissements sont responsables de sa conservation. Bien évidemment, il gagnerait à être informatisé. La question se pose également de savoir s'il serait préférable d'imprimer un deuxième carnet propre à chaque réseau, ou de modifier le carnet national, en l'adaptant à chaque département.

Dans le cadre des réseaux périnataux de proximité, quel type de support serait le plus adapté à un dossier périnatal partagé ? Les informations seront-elles seulement échangées oralement ou seront-elles conservées nominativement sur un support écrit, voire informatisé ? Les avis sur cette question sont partagés. Pour certains, il faut veiller à ne pas créer des banques de données consultables sans aucune garantie pour le respect de la vie privée, car ce serait alors créer un véritable « **casier social** ». Ainsi, Bruno Percebois, Président du syndicat national des médecins de PMI, auditionné dans le cadre de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants (29), a attiré l'attention sur les risques potentiels pour les libertés publiques de la constitution de bases de données : « Nous sommes hostiles à un partage d'informations qui consisterait à alimenter une base de données sur les familles dont on ne sait ni par qui, ni dans quelles conditions elle pourrait être consultée. Aux termes de la circulaire de 1996 et de la loi sur le droit des malades, il faut que celui qui " donne " une information puisse contrôler ce qu'elle devient. Tel ne serait pas le cas si on créait le fichier préconisé par certains, qui pourrait s'apparenter à un "casier social " sans les garanties dont est entouré le casier judiciaire. Il nous paraît indispensable de cloisonner et de protéger les données, c'est une question de démocratie au même titre que la séparation des pouvoirs. »

Certains réseaux ont pris l'initiative de créer leur propre dossier périnatal. Mais, pour l'instant, aucun bilan comparatif permettant leur évaluation n'a été réalisé. La formalisation d'un dossier périnatal type n'est pas à l'ordre du jour, et il n'existe pour l'instant que des initiatives ponctuelles.

4 – LE PARTAGE DES BONNES PRATIQUES : DE L'EXPERIENCE A LA FORMALISATION

4.1 – DES EXPERIENCES INNOVANTES

- **Les réseaux de Bourgogne : des précurseurs**

La Lettre des Réseaux de Santé, éditée en juin 2006 par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et l'URCAM de Bourgogne, rappelle que la Bourgogne compte **quatre réseaux** de périnatalité centrés sur la prise en charge des patientes à haut risque et de leurs nouveau-nés : trois sont des réseaux de proximité articulés autour d'une maternité, le quatrième est régional. Ces réseaux précurseurs ont été parmi les premiers créés en France :

- le premier réseau historique à avoir obtenu un financement du FAQSV est le **réseau de Santé du Haut-Nivernais** concernant le suivi des grossesses et des naissances de Clamecy. Il a été créé en 1995, à l'initiative du Centre Hospitalier de Clamecy, des médecins généralistes et de la PMI, à une époque où la maternité était menacée de fermeture. Il couvre 200 naissances par an et a été soutenu initialement par S. Casset (médecin généraliste) et D. Capgras-Barberon (sage-femme) ;
- le **réseau de surveillance périnatale de l'Autunois-Morvan** s'est construit ensuite, autour de la maternité d'Autun ;
- enfin, le **réseau du Sud-Nivernais-Morvan** compte 106 adhérents. L'action de ce réseau s'étend autour de douze cantons, dont trois ont été reconnus déficitaires en offre de soins par la Mission Régionale de Santé ;
- le **réseau régional bourguignon** s'est mis en place en 1992. Il regroupe le CHU de Dijon et les 17 établissements qui accueillent des mères et leurs nouveau-nés sur le territoire. Le versant obstétrique est né en 1995, orienté vers le développement du transfert anténatal. Le réseau a instauré une démarche d'évaluation et d'amélioration des pratiques positives. Il cherche aujourd'hui à se déployer en amont et en aval de la période d'hospitalisation périnatale, en capitalisant sur le partage d'information pour tous les acteurs de santé.

Les trois réseaux de proximité visent à coordonner l'ensemble des acteurs de santé autour des femmes enceintes, pour une prise en charge optimale avant, pendant et après l'accouchement, mais aussi à dépister précocement les risques médicaux, sociaux et psychologiques, afin de minimiser l'apparition de pathologies et d'orienter les patientes vers le lieu d'accueil adapté au niveau du risque repéré. Ils assurent un passage de relais médico-social et psychologique. En termes de **pratiques** et de **résultats**, il est intéressant de relever les points suivants :

- ces réseaux ont permis de systématiser l'entretien prénatal précoce dix ans avant que les textes ne le recommandent ;
- les femmes restent libres de choisir la maternité où elles souhaitent accoucher ;
- la sage-femme est le pivot du réseau, l'interlocutrice privilégiée tout au long de la grossesse ;
- l'utilisation du carnet de grossesse est systématique. Créé par les acteurs du réseau, il est un véritable outil de liaison qui répond aux besoins des professionnels et des patientes ;

- au-delà du dépistage des risques, les réseaux déploient aussi des actions de prévention et d'éducation pour la santé ;
- ils évaluent leur impact en utilisant des outils et des systèmes d'information communs ;
- ils se sont regroupés en fédération et cherchent à harmoniser leurs pratiques, à partager leurs expériences et à mutualiser leurs moyens, Ils vont mener, avec le réseau régional de Bourgogne, une réflexion commune de façon à optimiser leur coordination.

Ces réseaux précurseurs ont fait l'objet de plusieurs **rapports** et **articles**. Ainsi, le rapport de l'IGAS de 2006 (40) rappelle que, sur 22 régions françaises, la Bourgogne est passée du 16^{ème} rang (en 1992) au 3^{ème} rang (depuis 1999) en matière de mortalité et morbidité périnatales. La mortalité périnatale a diminué de 8 pour 1000 en 1993 à 4,7 pour 1000 actuellement. Ce rapport souligne le sérieux, le dynamisme et la rigueur avec lesquels le FAQSV Bourgogne est géré. L'accent est mis notamment sur l'attention portée à l'évaluation des actions financées et sur la politique menée en matière de permanence des soins. Le FAQSV Bourgogne fait référence, tant par son dynamisme, basé sur un partenariat actif avec les professionnels de santé, que par la mise en place d'une procédure d'audit orientée vers le suivi de la performance et non le seul contrôle de conformité. Comme le souligne la Lettre des Réseaux de Santé, il est donc tout à fait paradoxal de constater que la dotation du FAQSV Bourgogne a été diminuée de 41% (passant de 2,45 millions d'euros en 2005 à 1,45 million en 2006), suite à l'inversion par le Comité National du FAQSV de la proportion des financements régionaux et nationaux (la part régionale passant de 80% à 30%).

Le réseau du Haut-Nivernais constitue, selon M. Dugnat (74), **un exemple abouti** de réseau local de périnatalité. Articulé au réseau régional de périnatalité de Bourgogne, il met en œuvre les règles de fonctionnement d'un authentique réseau à échelle humaine, ce qui le différencie radicalement des filières de soins. Evalué à plusieurs reprises, il prouve, à un moment donné et sur un territoire donné, que le dépassement des clivages habituels entre professionnels des fonctions publiques (territoriale et hospitalière) et libéraux, entre professionnels hospitaliers et médico-sociaux, entre somaticiens et psychanalystes, rend possible une sécurité globale de la grossesse, de la naissance et du post-partum, pour le fœtus, la femme enceinte, puis le bébé, voire le père... Il reste à en démontrer la reproductibilité sur des territoires et à des échelles différentes.

L'**évaluation** du réseau du Haut-Nivernais a mis en évidence que ce réseau répondait de façon adéquate à ce que les femmes attendaient de la prise en charge de la grossesse pour deux raisons, détaillées par M. Naiditch (98). Tout d'abord, la transparence de l'organisation du réseau leur donnait l'impression d'être actrices de leurs trajectoires de soins, de pouvoir contrôler ce qui leur arrivait ; en effet, tout ce que le réseau souhaitait faire leur avait été parfaitement expliqué, avec ses avantages mais aussi ses contraintes. La seconde raison est qu'elles bénéficiaient de

repères leur permettant de comparer le prévisible et ce qui leur arrivait. En outre, la totale cohérence des discours des professionnels était source de sécurité : quand une femme allait voir un professionnel pour la première fois, il savait déjà qui elle était et se comportait en fonction de ce qui lui avait été dit. Cette cohérence dans le discours et dans les actes apparaît comme l'un des critères les plus importants de la qualité d'un réseau.

- **Le réseau NOVANAT (Nord Vaucluse Natalité)**

La construction du réseau Novanat est décrite et analysée par D. Capgras dans un article publié dans la revue *Vocation Sage-Femme* (133). Depuis 2001, **une action de santé publique** « Acteurs de la périnatalité en Vaucluse », portée par l'Association Recherche (In)formation Périnatalité (ARIP), était soutenue par le Programme Régional de Santé des Jeunes PACA et le Conseil Général du Vaucluse. L'objectif de cette action était d'améliorer, à l'échelle de ce département qui compte 500 000 habitants et 6 300 naissances domiciliées, la prise en charge, en partenariat interprofessionnel et interinstitutionnel, des grossesses à risque médical, psychique ou social. Plusieurs professionnels avaient constaté qu'il fallait, pour y parvenir, passer par une meilleure prise en charge globale de l'ensemble des femmes enceintes et des futurs pères. Le porteur du projet, le docteur M. Dugnat, était responsable de l'Unité de Prévention et de Traitement des troubles de la relation précoce « parents-bébé », rattachée au secteur de pédopsychiatrie du centre Hospitalier de Montfavet.

De juin 2003 à mars 2004, des rencontres ont été organisées entre D. Capgras et tous les intervenants dans le domaine de la périnatalité : médecins inspecteurs DASS, vice-président du Conseil Général chargé des affaires sociales, médecin coordonnateur des missions PMI, directeurs des centres hospitaliers, professionnels des maternités, professionnels libéraux (gynécologues, pédiatres, généralistes, sages-femmes), représentante de l'association des Techniciennes en Intervention Sociale et Familiale (TISF). Ensemble, ils se sont fixé l'objectif général de promouvoir et de conduire le processus de **construction d'un travail en réseau local** de périnatalité impliquant l'ensemble des professionnels de la santé qui, sur le territoire Nord-Vaucluse/Sud-Drôme, interviennent dans le suivi des grossesses. Par la mobilisation de ces professionnels, il s'agissait de définir et d'appliquer, de manière collective, de bonnes pratiques professionnelles en périnatalité, puis d'assurer leur diffusion aux divers acteurs, tout en maintenant leur niveau de qualité. Des objectifs ont été progressivement définis, notamment la promotion du principe d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux femmes enceintes, aux mères et aux nouveau-nés, la coordination et la continuité des soins, l'amélioration de la circulation des informations médicales, la prévention des troubles de la relation précoce parents-bébé.

Un dossier de financement a été déposé au FAQSV. L'obtention de ce financement a permis la réalisation d'une **étude de faisabilité** d'octobre 2004 à octobre 2005. 67 professionnels hospitaliers, libéraux et territoriaux, ainsi que des représentants d'associations et d'usagers, se sont répartis en trois groupes de travail, autour des moyens de communication (plaquette d'information, convention constitutive du réseau, fiche d'adhésion...), du dossier, du carnet de suivi de grossesse et des protocoles (élaboration de fiches pratiques de suivi de grossesse et des modalités d'orientation en cas de grossesse à risque médical, social ou psychologique). Au terme de ces réunions de travail, il a été décidé que tout professionnel déclarant une grossesse s'engageait, selon la charte du réseau, à demander à la femme de prendre rendez-vous dès la fin du premier trimestre à la maternité, afin d'y avoir un entretien avec une sage-femme. La maternité s'est engagée à renvoyer ces femmes au médecin généraliste, en l'absence de facteur de risque, si celui-ci le souhaitait. Malgré des relations tendues au départ entre ces professionnels qui ne se connaissaient pas, des liens se sont tissés au fil des réunions et ont permis l'élaboration de ce compromis. Un financement complémentaire a été obtenu au niveau de la DRDR (Dotation Régionale de Développement des Réseaux). Une sage-femme à 20% (un jour par semaine) soutient le développement des liens entre les professionnels et a mis en place de nouveaux groupes de travail.

D. Capgras s'interroge sur la reproductibilité de cette **méthode** pour la mise en place d'un réseau de proximité sur des territoires plus denses en professionnels, en institutions et en population de femmes enceintes. Elle propose une méthode souple, reposant sur un véritable état des lieux, qui ne se limite pas à fournir quelques chiffres, mais repose sur une étude approfondie, conduite au plus près des professionnels. Cette étude consiste en des rencontres et des confrontations, en un travail sur les répartitions imaginées et objectivables du travail entre tous les professionnels, en une étape de négociation sur des objectifs partagés comme sur des intérêts différents à prendre en compte pour élaborer de nouvelles procédures. La méthode vise enfin à faire partager le plaisir de la réflexion en petits groupes et de la résolution des conflits mis à jour dans la négociation, ainsi que l'intérêt de la découverte des autres professionnels dans un cadre convivial.

4.2- VERS UNE FORMALISATION DES RESEAUX

Durant les cinq dernières années, de nombreuses initiatives régionales ou départementales ont vu le jour. Elles présentent certaines caractéristiques communes, mais aussi des spécificités. Pour tirer profit de cette riche expérience, il faudrait faire un bilan des réseaux de soins périnataux de proximité - bilan administratif mais également sociologique, économique et médical - et, sur cette base, réaliser un guide méthodologique de conseils pour la mise en place d'un réseau de soins. Jusqu'à présent, de l'avis des acteurs concernés, les réseaux de proximité se sont montés

essentiellement sur la base du volontariat et donc le renforcement du travail en réseau, voire même le simple maintien des réseaux existants ne leur semble pas assuré. Pour minimiser les coûts et les contraintes, pour éviter de se confronter à des difficultés déjà rencontrées par d'autres et optimiser les expériences, on doit s'efforcer de **repérer les axes fonctionnels reproductibles** et de **développer les mutualisations et les dynamiques fédératives** (choix d'une structure juridique adaptée, plateforme logistique commune, aide méthodologique, communication, formation au travail en réseaux, ...).

- **Les éléments essentiels à la construction d'un réseau**

D. Capgras, forte de son expérience dans le réseau précurseur du Haut Nivernais (IV.4.1- Les réseaux de Bourgogne), cherche à soutenir le développement des structures en réseau au-delà de cet exemple particulier. Afin d'en diffuser les enseignements, elle anime, avec d'autres personnes impliquées dans ce projet, des sessions de formation à l'entretien prénatal précoce ainsi qu'au travail en réseau. Dans ce cadre, elle tente de formaliser les éléments essentiels de la construction et du fonctionnement d'un réseau, pour que ceux-ci puissent servir à monter de nouveaux réseaux dans de bonnes conditions et en connaissance de cause. Elle propose ainsi une présentation synthétique des **étapes de la constitution d'un réseau**.

- 1- Faire un état des lieux, une étude épidémiologique et sociologique.
- 2- Définir le secteur géographique du réseau.
- 3- Recenser les différents intervenants autour de la périnatalité sur le secteur.
- 4- Rencontrer les professionnels et les associations d'usagers.
- 5- Faire un travail de conviction et susciter des rencontres entre des professionnels de différentes disciplines intéressés par le projet.
- 6- A partir de l'état des lieux, définir des objectifs.
- 7- Prévoir une demande de financement au FAQSV pour une étude de faisabilité.
- 8- Provoquer une réunion de lancement du projet qui aura pour objectif de sensibiliser les différents professionnels et de proposer la mise en place de groupes de travail, en intégrant les usagers.
- 9- Approfondir le diagnostic partagé, redéfinir les objectifs en commun et les moyens pour les atteindre.
- 10- Formaliser le réseau et déterminer le rôle et la place de chaque acteur.
- 11- Déterminer la fonction de coordination.
- 12- Soigner la communication.
- 13- Prévoir une évaluation interne et externe du réseau.
- 14- Penser à la formation des professionnels dans le réseau.

Trois documents contractuels sont nécessaires à la formalisation des réseaux de santé (17), au travers desquels il doit être possible, selon D. Capgras (201), de retracer les modalités d'intégration des patients, le rôle et les engagements des professionnels, les procédures qualités présidant à la prise en charge des patients, l'organisation et le fonctionnement du réseau.

- Le **document d'information destiné aux patients** précise le fonctionnement du réseau, les prestations proposées, les moyens prévus pour assurer leur information à chaque étape de leur prise en charge ainsi que les modalités d'accès aux informations concernant leur santé.
 - La **charte du réseau** (article D 766-1-4 du code de la santé publique) définit les engagements des personnes physiques et morales au sein du réseau. A ce titre, elle doit être cosignée par chacun des membres. Elle rappelle notamment les principes éthiques du réseau, précise les modalités d'entrée et de sortie du réseau, le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge.
 - La **convention constitutive** (article D 766-1-5 du code de la santé publique) détermine l'organisation du réseau, son fonctionnement ainsi que la procédure d'évaluation. A ce titre, elle définit l'aire du réseau, le siège, l'identification des promoteurs, etc.
- **La fonction de coordination : un nouveau métier, à la fois médical et administratif**

La fonction de coordination n'est pas précisément définie dans les textes. C'est **un nouveau métier** qui, si possible, doit être confié à des professionnels de terrain, connaissant bien la dynamique d'un travail en réseau afin de ne pas recréer la lourdeur administrative du fonctionnement des établissements. Cette fonction nouvelle exige une double compétence, médicale et administrative, ce qui pose des difficultés importantes car les professionnels de la santé sont rarement formés à un travail de gestion aussi poussé. Ce n'est généralement que lorsque le réseau est formalisé et financé que l'équipe de coordination découvre l'ampleur de la tâche qui ne se limite pas à animer des actions médicales. Il faut aussi gérer la structure réseau, qu'elle soit associative ou dépendante d'un établissement, avec un budget qui lui est propre, le suivi d'une comptabilité rigoureuse, afin de pouvoir rendre compte aux tutelles, le financement principal étant souvent la Dotation Régionale de Développement des Réseaux. Cette fonction suppose que ces professionnels médicaux acquièrent des compétences d'organisation, d'administration, de gestion, de montage de projets, de connaissance des politiques de santé publique, d'épidémiologie. Compte tenu de la nouveauté de ce métier de coordinateur, il existe **peu de formations spécifiques**, mais des universités et des écoles commencent à proposer des masters professionnels spécialisés en ingénierie de la santé, ciblés sur des outils d'organisation, de management et de gestion de projet.

L'analyse des structures en réseau déjà existantes tend à montrer que **les sages-femmes et les médecins** jouent un rôle essentiel dans la coordination des réseaux.

- Dans le mémoire de S. Crétinon, réalisée dans le cadre d'un mastère spécialisé de l'Ecole Centrale de Paris (79), une enquête réalisée entre septembre et novembre 2004, sur 37 réseaux recensés et 28 réponses (76%), fait apparaître que les professionnels auxquels les réseaux font appel pour assurer la coordination sont à 30% des médecins (gynécologues-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes), à 27% des sages-femmes, à 27% des secrétaires et à 4% des administrateurs.
- L'exploitation des fiches de recueil de données de l'enquête nationale du docteur Branger (130) fait apparaître que, sur 38 réseaux qui ont donné des renseignements sur leur équipe de coordination, 21 ont une sage-femme directement impliquée dans la coordination du réseau, soit près de 56%. Les autres professionnels qui participent à la coordination des réseaux sont des médecins (gynéco-obstétriciens, pédiatres, médecins généralistes, médecins de santé publique), mais aussi des informaticiens, des administratifs et des secrétaires.

Dans certains cas, la fonction de coordination des **sages-femmes** se limite à une coordination médicale des projets et des acteurs de terrain ; dans d'autres cas, la sage-femme coordonnatrice, seule salariée du réseau, assume un rôle de direction générale, dans ses aspects médical, administratif et financier. Elle a souvent participé à la création du réseau et a une connaissance précise des tutelles et des financeurs, du territoire concerné et des différents modes d'exercice des praticiens. De plus, l'ouverture des réseaux à un champ d'action plus large ville/hôpital a favorisé, selon G. Criballet-Fadié (205), l'implication des sages-femmes dans la coordination, l'animation et l'intégration d'un réseau de périnatalité. En effet, les réseaux inter-établissements se concentraient plus exclusivement sur la formalisation de pratiques dans des situations pathologiques et l'établissement de conventions de collaboration, alors que les réseaux ville/hôpital se rapprochent des pratiques au quotidien et sont centrés sur la prise en charge globale de la femme enceinte et de son nouveau-né.

- **Bien informer professionnels et usagers**

Dans de nombreux endroits, l'entretien prénatal précoce a été mis en place avant que les acteurs de terrain ne se soient organisés en réseau pour permettre un suivi efficace en aval, voire même aient eu connaissance de ce suivi. Bien évidemment, la mise en place de l'entretien est alors difficile et irrégulière, puisque l'entretien ne prend sens que s'il ouvre, en cas de besoin, sur une prise en charge ultérieure : sans réseau périnatal, l'entretien ne peut jouer son rôle de porte d'entrée dans la prévention.

Dans la **région de Saint-Nazaire**, le problème a été traité en sens inverse (219). En octobre 2006, les femmes enceintes ne bénéficiaient pas encore de l'entretien prénatal précoce, mais une grande **campagne d'information** sur ce sujet était déjà lancée, tant auprès des professionnels que des usagers. L'objectif était de mettre en place un réseau de prise en charge en aval, avant d'effectuer des entretiens prénataux en amont. Cette procédure est tout à fait en accord avec l'esprit des textes juridiques. En effet, les professionnels de la maternité du Centre Hospitalier (1800 accouchements par an) ont fait le constat que, selon le Plan de Périnatalité, l'information sur l'entretien prénatal précoce était obligatoire, mais que l'entretien lui-même n'était pas obligatoire. Ils ont donc lancé une grande campagne d'information destinée :

- aux **professionnels**. Ils ont tout d'abord envoyé par Internet une synthèse très concise du Plan de Périnatalité à tous les gynécologues et médecins généralistes du bassin de population. Ils ont ensuite rencontré la sage-femme cadre de la maternité de la clinique (1200 accouchements par an), afin d'envisager un travail commun, puis les sages-femmes libérales ;
- aux **usagers**. Des brochures sur l'entretien prénatal précoce ont été déposées dans toutes les maisons de quartier et remises aux médecins et sages-femmes qui réalisent les échographies du premier trimestre. Les secrétaires des maternités du Centre Hospitalier et de la clinique ont été informées, afin de pouvoir répondre aux éventuelles questions des femmes. Une soirée de formation continue a été organisée avec les médecins pour compléter l'information. Enfin, pour préparer la suite, une fiche de liaison a été élaborée avec les psychologues et assistantes sociales.

Les entretiens devaient débiter fin 2006, dans un contexte probablement plus favorable que dans beaucoup d'autres lieux. Cette expérience ponctuelle indique une procédure intéressante et aisément transposable à d'autres cas, pour mener de manière judicieuse la mise en place conjointe de l'entretien précoce et du réseau de périnatalité.

4.3- PROMOUVOIR LES RESEAUX : AMBITION REELLE OU DISCOURS POLITICIEN ?

- **Les incohérences politiques : des objectifs mal financés**

Comme nous l'avons vu (II.1- Des propositions aux décisions politiques), afin que la mise en place de l'entretien prénatal précoce puisse se faire de façon cohérente, le **Plan Périnatalité 2005-2007** comporte le développement des réseaux de périnatalité, fixant même l'obligation de couvrir tout le territoire dès la fin 2005, avec à cet effet une enveloppe de 6 millions d'euros, prise sur la Dotation Nationale de Développement des Réseaux en 2005. A l'évidence, l'organisation en réseaux engendre un surcoût de fonctionnement, puisqu'il est indispensable de mettre en place une

structure administrative légère (comprenant un secrétariat, un coordinateur, voire un administrateur si l'on souhaite que le réseau de périnatalité joue un rôle de régulateur financier). Or les acteurs de terrain soulignent que, si dans la première phase de création et de mise en place des réseaux, l'obtention de financements par le biais de réponses à des appels à projet a pu fonctionner de façon efficace, en revanche cette course permanente à la recherche de financements n'est pas un mode de management durable. Il conviendrait donc que des financements importants et réguliers soient dégagés pour répondre aux besoins des réseaux.

Tout au contraire, en 2006, l'Etat a procédé à un retrait de ses engagements concernant les réseaux de santé dans leur ensemble. L'arrêté pris par le Ministre de la Santé et de la Solidarité en date du 6 septembre 2006 (12) modifie l'arrêté du 29 mars de la même année et réduit de près de 20% la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) pour l'année en cours – la dotation passant ainsi de quelque 157,5 millions d'euros à 127,5 millions, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Ce gel d'une partie de la DNDR est une **régulation budgétaire** qui relève des mesures d'économie annoncées la veille par le Ministre pour limiter le dépassement des dépenses par rapport à l'ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) qui avait été voté pour 2006.

REGIONS	DNDR 2006 (EN €)	DNDR 2006 (EN €)
	Arrêté du 29 mars 2006	Arrêté du 6 septembre 2006
Alsace	4 788 402	3 876 037
Aquitaine	8 411 208	6 808 567
Auvergne	3 505 154	2 837 295
Bourgogne	5 860 254	4 743 662
Bretagne	8 922 307	7 222 282
Centre	4 240 370	3 432 425
Champagne-Ardenne	3 017 579	2 442 620
Corse	1 095 759	886 977
Franche-Comté	4 690 379	3 796 691
Ile-de-France	26 593 342	21 526 342
Languedoc-Roussillon	2 607 106	2 110 357
Limousin	3 226 810	2 611 985
Lorraine	4 518 101	3 657 238
Midi-Pyrénées	6 958 453	5 632 614
Nord – Pas-de-Calais	9 940 045	8 046 104
Basse-Normandie	4 036 718	3 267 576
Haute-Normandie	3 924 045	3 176 372
Pays de la Loire	9 455 668	7 654 019
Picardie	3 114 955	2 521 443
Poitou-Charentes	4 060 788	3 287 060
Provence-Alpes-Côte d'Azur	11 120 646	9 001 758
Rhône-Alpes	14 761 026	11 948 513
Guadeloupe	2 951 920	2 389 472
Guyane	1 315 277	1 064 669
Martinique	2 345 575	1 898 657
Réunion	1 988 333	1 609 483
TOTAL	157 450 220	127 450 220

Cette coupe budgétaire est tout à la fois un mécanisme de régulation classique et la conséquence directe d'un **rapport de l'IGAS** intitulé « Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) », qui était sorti dans sa version définitive en mai 2006 (40), le rapport initial datant de février 2006. Au terme de ce rapport **extrêmement sévère**, l'IGAS conclut : « Le bilan est donc très décevant et fait s'interroger sur l'opportunité de supprimer ces deux fonds. Malgré un tel constat, la mission ne recommande pas de mettre un terme à ces financements. En effet, les réseaux de santé restent potentiellement intéressants comme en témoignent les quelques réussites ponctuelles observées, pour peu que l'on sache et fasse savoir ce que l'on attend d'eux ».

- **Un pilotage bureaucratique et mal informé**

Le rapport est en effet très critique à l'égard des réseaux, jugeant que « les résultats régionaux globaux sont très limités », et que les résultats par type de dispositif (les réseaux de périnatalité constituant l'un de ces types) « sont le plus souvent potentiels et très rarement mesurés et démontrés ». Mais le rapport est plus sévère encore à l'égard des **pilotages nationaux et régionaux** de ces deux fonds et de leur gestion :

- concernant la DNDR, il épingle les faiblesses majeures du co-pilotage de la CNAMTS et la DHOS : « absence de capitalisation de l'expérience acquise sur le FAQSV, documents types insuffisamment opérationnels, animation nationale trop bureaucratique ne permettant ni de définir des orientations nationales ni d'apporter une aide aux gestionnaires régionaux », ajoutant que « l'Observatoire national des réseaux de santé reste très peu opérationnel et n'a pas été un lieu de définitions d'orientations » ;
- si, en cumulé, plus de 650 millions d'euros ont été alloués à ces deux fonds depuis leur création et quelque 500 millions d'euros ont été versés aux projets financés, les taux de consommation sont extrêmement variables d'une région à l'autre ;
- le fonctionnement administratif et financier est considérablement alourdi par l'organisation en deux fonds, avec une multiplication des instances régionales et des procédures qui restent différentes ; « la gestion des fonds génère au total un foisonnement de procédures bureaucratiques, résultant pour partie des contraintes réglementaires, au détriment d'un accompagnement sur le fond des projets et d'un suivi efficace » ;
- dans toutes les régions, le suivi de la performance et l'évaluation finale des projets sont très insuffisants.

Le rapport constitue la synthèse des travaux menés dans cinq régions, choisies pour leur diversité : Bourgogne, Champagne Ardennes, Haute-Normandie, Provence Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes. Les résultats par type de dispositif s'appuient donc sur l'analyse de ces situations régionales. Les **réseaux de périnatalité** sont l'un des six dispositifs examinés, à côté des réseaux

de cancérologie, des réseaux diabète, des réseaux gériatriques, des réseaux de soins palliatifs et des actions de permanence des soins.

A la fin 2005, 33 réseaux de périnatalité étaient financés par la DDR et les subventions dont ils avaient bénéficié représentaient 7% du montant total versé sur cette dotation pour cette année. Dans les régions où elle a concentré ses études, la mission a pu analyser 12 réseaux « périnatalité » : 4 en Bourgogne (un réseau régional et trois réseaux territoriaux), un réseau régional en Haute-Normandie, 3 en PACA (un à vocation régionale et deux plus territoriaux) et 4 en Rhône Alpes (dont un avec une implantation territoriale assez large et 3 autres opérant sur des champs territoriaux plus réduits). (...)

Dans les régions étudiées, la « **couverture** » **territoriale** assurée par les réseaux est probablement assez variable s'agissant des établissements. *A priori* très bonne en Rhône Alpes puisqu'elle concerne les 63 maternités de la région, elle ne fait pas l'objet d'un suivi systématique dans les 4 autres régions. Sauf exceptions, l'implication des professionnels qui exercent en ville et particulièrement des médecins généralistes et des sages-femmes, est beaucoup plus ponctuelle. Plus problématique, le taux de couverture de la population cible (l'ensemble des femmes enceintes) n'est pas suivi et n'est donc pas connu dans les 5 régions contrôlées. (...)

Pour assurer un partage efficace de l'information, certains réseaux (5 sur les 12 examinés) ont mis en place des **dossiers médicaux communs** sous forme papier. L'utilisation effective et la plus value apportée par ces dossiers communs restent très mal évaluées. Trois de ces réseaux envisagent la réalisation de système d'information mais n'avaient pas encore démarré les projets correspondants.

La plupart des réseaux de périnatalité (9 sur 12) se sont engagés dans l'élaboration et la diffusion de **protocoles**, certains (4 sur 12) ont accompagné ce processus en finançant des actions de formation à leur égard. Mais, dans la plupart des cas (9 sur 12) le suivi de leur mise en œuvre et donc l'évaluation de leur impact sur les pratiques n'étaient pas organisées. De même, au sein de chacune des régions, l'harmonisation du contenu de ces protocoles ou des conditions d'évaluation de leur mise en œuvre entre les différents réseaux n'avaient pas été engagées. (...)

La mission a pu constater que dans deux régions étaient organisées régulièrement des **réunions de professionnels** pour débattre des cas difficiles. Leur articulation avec le travail des Commissions Régionales de la Naissance n'est pas claire.

Les financements dont ont bénéficié les réseaux ont été affectés aux **dépenses** des cellules de coordination, aux actions de formation et d'élaboration de protocole. Les informations recueillies par l'observatoire tarifaire sont très incomplètes puisqu'elles ne portent que sur trois réseaux. Il n'y a pas eu d'harmonisation nationale dans ce domaine. (...)

Sauf exception, les instances nationales et régionales n'ont pas véritablement su définir et animer une politique de soutien au développement des réseaux périnatalité, alors qu'il s'agissait d'un élément important d'une politique publique qui, à la différence d'autres, se caractérise par la constance de ses objectifs. C'est d'autant plus regrettable que l'expérience acquise par les différents réseaux est riche.

Dans la dernière période (à partir de la mi 2005) la DHOS a entrepris l'élaboration d'un **cahier des charges** en y associant des professionnels. Cette initiative est à appuyer, mais elle vient tardivement alors qu'elle aurait dû précéder le travail de rédaction des derniers SROS.

Dans l'avenir, il apparaît souhaitable de **faire évoluer les réseaux** – en sus de leurs enjeux prioritaires mentionnés ci-dessus – en développant des réseaux de proximité capables d'intervenir davantage en amont, en début de grossesse, en associant généralistes et sages-femmes libérales et PMI pour mieux prendre en charge les situations de difficultés sociales (comme cela a été vu dans un réseau) et également en aval, pour suivre avec les médecins généralistes les nouveau-nés à risque (cas également rencontré dans un réseau).

Les **acteurs de terrain** ont très mal ressenti la réduction brutale des financements et l'incertitude créée par les recommandations du rapport de l'IGAS, auquel le Ministre a laissé entendre qu'il donnerait suite, mais sans encore annoncer d'orientation précise. Lors du colloque « Réseaux de santé : mode d'emploi » organisé par les députés Claude Evin (PS) et Yves Bur (UMP), qui s'est tenu le 17 octobre 2006 à la Maison de la chimie à Paris, dans un climat morose, le Président de la Coordination Nationale des Réseaux, P. Chossegros, a dénoncé « le mépris de l'Etat pour ses engagements contractuels ». C. Evin a souligné que « tout le monde s'accorde aujourd'hui pour reconnaître l'utilité de la démarche en réseau afin d'améliorer la qualité des soins et d'éviter les redondances dans la prise en charge des patients. Cela nécessite un financement particulier, puisque le cloisonnement du système de santé entraîne un manque de fluidité. Si la dotation aux réseaux est réduite, on ne se donne pas les moyens de l'objectif affiché » (128). Les responsables des réseaux ont également rappelé la **modicité des financements** dont ils bénéficient par rapport à l'ensemble des dépenses de santé. Or, sur l'enveloppe globale des réseaux de santé, les réseaux de périnatalité ne représentent qu'une faible part, comme l'indique le graphique (cf III.1.1 Compléter les réseaux inter-hospitaliers par des réseaux ville-hôpital), concernant les années 2002 et 2003.

Plus généralement, on ne peut que déplorer le **manque d'informations** à jour concernant les réseaux de périnatalité, et principalement les réseaux de proximité. Le site de l'Observatoire national des réseaux est très peu développé et son accès est souvent impossible, pour des problèmes techniques. Il convient néanmoins de mentionner le remarquable recueil de données concernant les réseaux de santé en périnatalité, réalisé en novembre 2005 et relancé en janvier 2006, par le Réseau Sécurité Naissance – Naître ensemble en Pays de la Loire (130). Y sont répertoriés 52 réseaux regroupant 540 maternités, ce qui correspond à près de 90% des naissances en France, mais force est de constater qu'il s'agit principalement de réseaux régionaux inter-établissements. Actuellement, aucun site Internet ne fournit de données complètes et actualisées sur le nombre des réseaux de périnatalité de proximité, ni sur leur statut, leur organisation, leur coordinateur, leurs financements. Ces informations apparaissent pourtant indispensables aux autorités chargées de mettre en œuvre cette mesure de santé publique, ainsi qu'aux acteurs qui, sur le terrain, sont dans la phase de préparation, de construction ou de

démarrage de ces nouveaux réseaux. A Biarritz, en octobre 2006, s'est tenue une journée de travail des réseaux ; 39 réseaux étaient représentés et les statuts de la future Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité ont été étudiés. Mais cette Fédération regroupera-t-elle aussi les réseaux périnataux de proximité ?

QUATRIEME PARTIE

UN ACCOMPAGNEMENT AU CAS PAR CAS

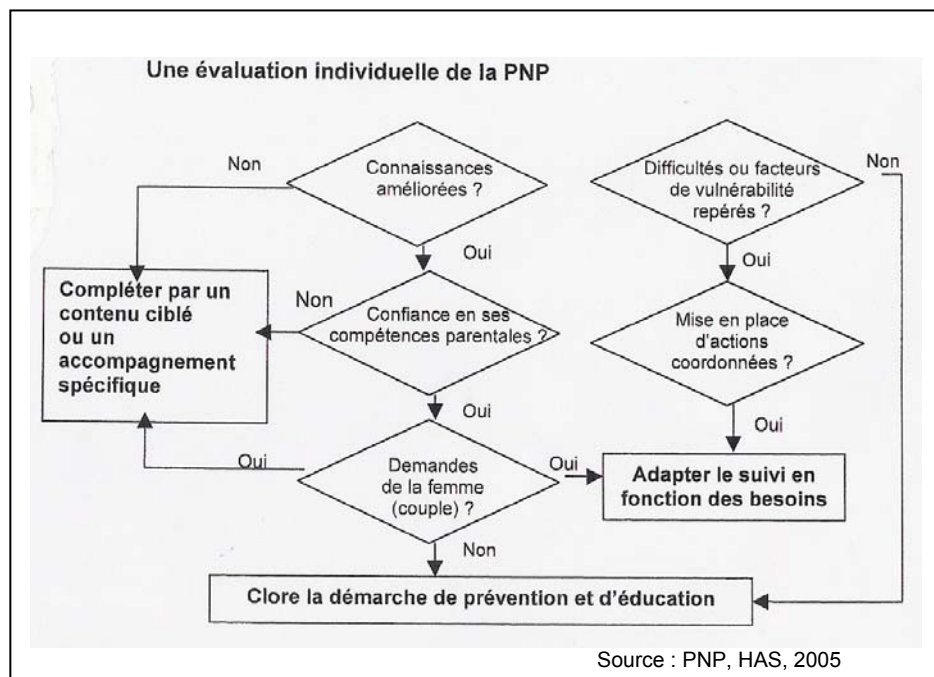
Faire de la prévention en périnatalité n'est pas une tâche simple : comme nous l'avons vu, les situations sont très diverses et l'accompagnement doit être adapté à chaque cas. Dans tous les cas, pourtant, se retrouvent certaines constantes : la grossesse et la naissance représentent des périodes de vulnérabilité ; la période postnatale constitue une période de transition et d'adaptation importante pour la mère, son nouveau-né et l'ensemble de la famille ; cette adaptation comprend une intégration de l'expérience de la naissance qui passe par le besoin d'en parler de manière détaillée, une phase de prise en main durant laquelle la mère a besoin que son expérience et ses compétences soient validées de sorte qu'elle prenne confiance en sa capacité à gérer sa propre situation (22). Dans ce cadre, certains dispositifs d'aide et d'accompagnement sont communs à toutes les femmes ou couples, d'autres doivent être ajustés aux besoins des femmes ou des couples en réponse à des facteurs de vulnérabilité (24).

En dépit de la spécificité de chaque histoire, il semble, comme le fait remarquer G. Neyrand (I.5.2- Une approche globale pour des cas toujours spécifiques), que se mettent en place deux filières de prise en charge périnatale, adaptées aux divers types de familles (I.1.1- Le psychisme de la femme enceinte influe sur sa grossesse et son accouchement). En fait, un même système d'accompagnement de la période périnatale, basé sur l'entretien prénatal précoce et le travail en réseau, permet une gestion différenciée des cas, du fait de la souplesse de ce système unique. L'accompagnement périnatal se dédouble donc entre :

- une **filière générale**, qui propose à des populations socialement bien intégrées des solutions thérapeutiques ou préventives pour répondre aux aléas psychiques ou relationnels qui peuvent apparaître au cours de la période périnatale ;
- une **filière spécifique**, qui impose à des populations précarisées et fragilisées un certain nombre de mesures visant au contrôle préventif des processus de parentalisation, sans pour autant disposer d'une vraie capacité d'action sur les conditions de la précarité.

Cette analyse qui distingue deux filières de prévention ne doit en aucun cas être comprise comme introduisant une séparation nette et définitive entre les familles : loin d'être un facteur de discrimination dans la prise en charge, elle permet la mise en place d'un suivi attentif aux problèmes de chacun, et elle rappelle que les familles *a priori* sans problème doivent, elles aussi, bénéficier de l'attention des acteurs du champ périnatal. Il s'agit d'évaluer, dans chaque cas, les

besoins des familles en matière de prévention, afin de leur apporter l'aide qui leur convient sans pour autant apparaître excessivement intrusif. C'est ce que montre le schéma suivant, issu des fiches de synthèse de l'HAS, concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (25) : la démarche de prévention et d'éducation se doit d'être plus ou moins poussée selon les difficultés rencontrées.



Après avoir étudié le mécanisme général d'accompagnement en période périnatale, dont l'entretien constitue la porte d'entrée, et le réseau l'organe du suivi, il convient maintenant de s'intéresser à la manière dont ce mécanisme s'adapte à chaque situation, à chaque histoire de famille, au cas par cas. Bien entendu, les prises en charge en cas de problèmes spécifiques retiendront davantage l'attention, car elles nécessitent un accompagnement beaucoup plus lourd.

1 – ETRE PRESENT MEME EN L'ABSENCE DE PROBLEME MANIFESTE

1.1- UN ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE POUR TOUS

Chercher à accompagner les parents au cours de la grossesse comme au cours des premiers mois de leur enfant pourrait sembler inutile. A quoi bon développer une prise en charge médico-sociale, si l'on pense les parents capables de prendre eux-mêmes en charge cet événement ? A

quoi bon dépenser du temps et de l'argent dans une prise en charge qui ne paraît pas essentielle ?

Si ces interrogations sont bien évidemment légitimes, il convient toutefois de pousser plus avant la réflexion. Comme on l'a vu (I.2.1– La grossesse et la naissance, périodes clés au plan psychique), la période prénatale est marquée par de nombreux remaniements psychiques chez la femme enceinte, de sorte qu'une femme qui ne présentait aucun trouble avant sa grossesse peut se trouver confrontée à l'apparition de difficultés ou à la réactivation de problèmes enfouis. De fait, même en l'absence de problème manifeste, une prise en charge attentive se doit d'être suffisamment à l'écoute pour pouvoir, le cas échéant, répondre le plus tôt possible à la demande naissante. Il paraît donc fondamental que l'entretien prénatal précoce concerne toutes les familles (II.2.2- A qui s'adresse l'entretien prénatal précoce ?), d'une part parce que cela permet d'éviter une stigmatisation des familles en difficulté, d'autre part parce que cela évite de fixer définitivement une famille dans l'une ou l'autre filière, ce qui serait parfaitement inapproprié à la période de crise et de transformation que constitue l'accès à la parentalité.

1.2- QUELQUES DISPOSITIFS D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT COMMUNS A TOUTES LES FEMMES

En ce qui concerne les soins à la mère et au nouveau-né, l'Agence de santé publique du Canada recommande que (22), lors du séjour à la maternité, les prestations de soins favorisent l'unité familiale tout en assurant la sécurité physique de la mère et du bébé. Dans le modèle de soins infirmiers mère-enfant, les mesures suivantes sont appliquées : les intervenants examinent le nouveau-né au chevet de la mère ; les occasions où la mère peut examiner son enfant, l'observer, et apprendre à s'en occuper sont multipliées le plus possible ; le père, les frères et sœurs peuvent passer tout le temps voulu avec la mère et le bébé.

Les dispositifs d'accompagnement et de soutien identifiés dans la littérature sont de type organisationnel et visent à prévenir les troubles de la relation parent-enfant (24). Ils sont présentés sous la forme d'actions à mettre en œuvre par les professionnels de santé :

- **favoriser l'instauration du lien parent-enfant** et soutenir le développement de la fonction parentale par de bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles (20, 22, 26) :
 - respecter l'intimité parents-enfant dans les heures qui suivent la naissance ;
 - encourager un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père, et le favoriser en cas de séparation précoce entre la mère et son enfant (hospitalisation liée ou non à la prématurité), les mères ayant un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilités à communiquer avec leur bébé, même non allaité ;

- favoriser la cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé, ce qui facilite l'allaitement maternel, la connaissance des réactions du bébé ;
- encourager la mère à répondre de manière chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé : le caresser, le bercer, lui parler tendrement, le réconforter, jouer et interagir avec lui (cf. 1.2.2- la théorie de l'attachement) ;
- **encourager le développement des compétences parentales** et la confiance en soi :
 - donner l'occasion à la femme, le plus souvent possible, de s'occuper de son bébé ;
 - développer la capacité de sollicitude : percevoir et se sentir concerné par les besoins de l'enfant ;
- **éviter le retrait précoce du soutien des professionnels**, en proposant des recours accessibles en cas :
 - de besoin de soutien ou de difficultés pour l'allaitement, les soins à l'enfant, le soutien à la fonction parentale ;
 - d'insécurité à domicile pour la mère ou l'enfant ;
 - de difficultés d'ajustement aux exigences de l'enfant, de fatigue, de risque de maltraitance (enfant secoué en particulier).
- **mettre en contact la femme** avec des associations, un dispositif de « femmes relais », de soins à domicile, de soutien à l'allaitement, de service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, un service de PMI, une technicienne en intervention sociale et familiale, une aide-ménagère, etc ;
- **orienter vers un suivi spécialisé** en cas de pathologie, de symptômes, de suspicion d'une anxiété, de troubles du sommeil, d'un épisode dépressif au cours de la grossesse et d'une dépression du *post-partum*.

Toute femme enceinte ou couple peut avoir besoin au cours de la grossesse ou en période postnatale, de manière ponctuelle ou prolongée, d'une forme de support social. Le **support social** est défini par l'HAS (24) comme : « la quantité, la qualité et l'intensité des relations sociales qui sont disponibles pour aider l'individu et les groupes au sein des communautés à affronter la maladie et le stress. Il a également un effet non spécifique sur la promotion de la santé et peut constituer une ressource positive pour renforcer la qualité de vie. Décrit dans les modèles théoriques de gestion du stress, le support social peut avoir un effet positif ou négatif selon la façon dont une personne l'évalue. Le support social peut comprendre un soutien émotionnel, un partage d'information, la disponibilité de ressources matérielles et de services. Le support social est maintenant largement reconnu comme un déterminant important de la santé et comme un élément essentiel du capital social ».

1.3- LE TRAVAIL EN RESEAU : UN PROGRES NOTABLE, MEME EN L'ABSENCE DE TROUBLE

L'intérêt du travail en réseau peut varier selon les situations. Même **si aucun trouble n'apparaît** pendant la période périnatale, il n'en reste pas moins que les femmes ou les couples devront consulter plusieurs soignants de la sphère périnatale :

- *pour la mère* : le médecin généraliste, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme au cours du suivi de grossesse, ainsi que le radiologue ou le gynécologue-obstétricien pour les échographies ; la sage femme ou l'obstétricien pour l'accouchement ; la sage-femme ou le kinésithérapeute pour la rééducation périnéale, si besoin ; le médecin généraliste ou le gynécologue pour la visite post-natale.
- *pour le bébé* : le pédiatre pour l'examen du 3^e jour ; le pédiatre, le médecin généraliste ou le médecin de PMI pour le suivi ultérieur ; éventuellement la puéricultrice de PMI, à domicile ou en permanence selon les départements.

Comme on le voit, même en l'absence de troubles particuliers, la liste des soignants à rencontrer est longue ! De ce fait, le travail en équipe de ces multiples intervenants facilite nettement, pour la mère ou le couple, le vécu de ces nombreux rendez-vous. Le fonctionnement en réseau est profondément sécurisant pour les parents : ils n'ont plus l'impression d'être déchirés entre différents domaines de soin, mais ont le sentiment d'être suivis de manière globale et cohérente. Par ailleurs, le fait que les acteurs du champ périnatal travaillent de concert évite que certaines difficultés institutionnelles liées à l'articulation des différents secteurs n'engendrent de complications inutiles.

L'importance du travail en réseau apparaît de manière bien plus criante encore **si une circonstance adverse survient** pendant la période périnatale, qu'il s'agisse d'un problème de santé du bébé ou de l'un des parents par exemple. En effet, si les parents ont ressenti le caractère global de l'attention que leur portaient les soignants, ils sont susceptibles de faire appel à eux dès qu'un trouble ou une inquiétude apparaît, ce qui permet une prise en charge précoce de difficultés éventuelles. A l'inverse, une mère ou un couple qui a l'impression d'être l'objet d'un suivi divisé ne saura pas à qui faire appel, ce qui risque de conduire à une prise en charge beaucoup plus tardive de certains troubles.

En d'autres termes, si l'on souhaite mener une action préventive véritablement efficace, il est indispensable que l'entretien prénatal précoce concerne les familles qui ne rencontrent pas de problème manifeste, et que celles-ci aient conscience du fait qu'elles sont l'objet d'un suivi global et non atomisé, ce que pourrait parfois laisser croire le nombre important d'acteurs qu'elles rencontrent. Toutefois cet accompagnement, qui est général à l'ensemble des familles, vise de manière toute particulière les familles ayant des problèmes spécifiques.

2 – ADAPTER LES PRISES EN CHARGE A DES PROBLEMES SPECIFIQUES

Selon B. Baby (119), l'évaluation du **risque social** au cours de l'entretien prénatal précoce est essentielle. En effet, les risques sociaux, qu'il s'agisse de problèmes de précarité, de pauvreté, de conduites addictives ou de grossesses des adolescentes, induisent souvent un suivi médiocre ou une absence de suivi des grossesses, alors même que ce sont ces cas spécifiques qui nécessiteraient le suivi le plus régulier. Ces situations sont responsables d'une augmentation de la fréquence des pathologies périnatales : prématurité, retard de croissance intra-utérin, souffrance fœtale, etc., avec des risques de séquelles associées. Ainsi en France, en dépit de l'accès théorique aux soins pour tous, certaines données montrent une corrélation entre la précarité, l'absence de suivi des grossesses et les pathologies périnatales. Les facteurs liés au suivi médiocre des grossesses sont notamment l'âge inférieur à vingt ans, l'absence de couverture sociale, la nationalité étrangère surtout en cas de situation irrégulière, un logement précaire ou l'absence de domicile fixe, la grande multiparité et les conduites addictives.

Ces problématiques nécessitent, selon M. Delour, pédiatre de santé publique (68), des **équipes très spécialisées**, proposant des modalités d'intervention particulières, inhabituelles, mais efficaces. Les mères toxicomanes ou les mères en situation de précarité, par exemple, mettent souvent en échec les équipes de terrain classiques, du fait de leur manque de ressources techniques et des contraintes liées aux règles du fonctionnement institutionnel. Les connaissances des équipes non spécialisées sont souvent insuffisantes pour appréhender correctement leur situation. Les mères toxicomanes font face à des problèmes complexes, à la fois médicaux, de sevrage pour elles-mêmes et pour leur bébé souvent hospitalisé, et sociaux, liés à leur précarité et à leur environnement. Pourtant, cette période peut constituer une chance, un moment opportun pour mettre en place une aide, parce que ces mères peuvent déployer des ressources inattendues pour elles et pour leur enfant.

Le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité (17), préconise :

- une prise en charge en amont et en aval de la naissance,
- un accompagnement psychosocial adapté,
- **une prise en charge adaptée à des problèmes spécifiques** : précarité socio-économique, addictions (tabac, alcool, toxiques), expositions à risque (plomb, distillbène), populations spécifiques (adolescentes, femmes ayant une maladie chronique, femmes ayant un handicap),
- un suivi organisé des nouveau-nés vulnérables.

Même si cette liste présente des qualités, ne serait-ce que celle de pointer les éléments auxquels il convient de porter une attention particulière, il va de soi que les situations complexes vécues par les femmes ne sauraient se résumer à un simple inventaire. Bien souvent, leurs problèmes se recoupent. Si l'on reprend le cas d'une mère toxicomane, on constate que sa grossesse est spécifique du fait de son addiction, mais aussi du fait de la précarité qu'elle induit souvent ; de plus, il n'est pas impossible que cette mère soit une adolescente ! En d'autres termes, il convient d'appréhender la liste comme une aide méthodologique, mais en aucun cas comme une grille de lecture adaptée au suivi concret des grossesses. Nous nous intéresserons ici aux prises en charge adaptées à des problèmes spécifiques, mais en laissant de côté le problème des expositions à risque (plomb, distilbène), car il est déjà bien étudié et concerne principalement les gynécologues et les pédiatres, et non le réseau périnatal dans son ensemble.

2.1 – LA PRECARITE

Définir la notion de précarité des femmes enceintes représente une difficulté conceptuelle et fait l'objet d'une abondante littérature. La **définition de référence** de la précarité est celle du rapport Wresinski, qui date de 1987 (48) : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et 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 plus ou moins 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 réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

- **Apporter un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation précaire**

Le **Plan périnatalité 2005-2007** (18) propose un soutien renforcé pour les femmes et les couples en situation précaire. L'objectif est d'améliorer simultanément l'accès au droit, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial, afin de leur permettre de mieux assumer leurs responsabilités, notamment en matière de protection de leur enfant. Les mesures prises en ce sens s'inscrivent dans le cadre des Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), créés par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Un budget de près d'un million d'euros leur est alloué. Elles consistent à :

- **améliorer l'accès aux droits** en facilitant et en simplifiant l'ouverture des droits sociaux pour les grossesses à risque et en renforçant le dispositif des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ;

- **adapter les pratiques des professionnels** par l'information et la formation de l'ensemble des réseaux professionnels et associatifs. Pour ce faire, le Plan annonce la mise en place d'un programme de sensibilisation aux enjeux d'un accompagnement approprié des futurs parents et parents vivant dans les milieux exposés durant la période périnatale, encourage l'intervention d'interprètes dans les dispositifs de prévention et de soins, lance une enquête qualitative et quantitative sur l'adéquation de l'offre d'hébergement et d'accueil aux besoins spécifiques des femmes enceintes et met en place un groupe de travail interministériel sur le sujet ;
- **accompagner les personnes dans les démarches de soins**, en renforçant et en adaptant les mesures de médiation, en développant le réseau des agents sanitaires de base dans chacune des régions à population jeune fortement isolée et en renforçant la vigilance dans les points de rencontre les plus fréquentés par les femmes enceintes en situation de précarité.

Lors de la Commission Nationale de la Naissance du 28 mars 2006 (comme l'indique le procès verbal rédigé par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français), P. Larcher – traitant des problèmes de précarité et grossesse – a cité des chiffres fournis par le SAMU social : à Paris en 2004, chaque nuit, 80 femmes enceintes couchent dans la rue, et par Médecins du monde : 15% des femmes enceintes ont un logement non stable, caravane, squat, tente. Il a évoqué différentes catégories de femmes enceintes en situation de précarité : françaises pauvres mais avec CMU, avec ou sans domicile, étrangères avec papiers, sans papiers, etc.

- **Les difficultés à assurer une continuité dans la prise en charge**

En favorisant l'accès aux soins et la reconnaissance des droits des femmes en situation de précarité, l'objectif du réseau de périnatalité est d'obtenir, le plus tôt possible pendant la grossesse, un **suivi obstétrical, psychologique et social**. Le repérage et la prise en charge des femmes enceintes non suivies ne pourront se faire, estime B. Baby (119), que par la mise en place d'un réseau de soins ville-hôpital coordonnant les actions des maternités, des services de Protection Maternelle et Infantile et de l'Aide Sociale à l'Enfance, et le tissu associatif local. Il paraît essentiel que toutes ces femmes enceintes en difficulté soient prises en charge le plus précocement possible par une assistante sociale formée à ce travail et ayant la disponibilité nécessaire pour examiner leur situation et explorer tous les recours possibles pour obtenir une couverture sociale : ouverture de droits à la Sécurité Sociale ou à l'aide médicale, ou, à défaut, mise en route d'un dossier d'AMH (Aide Médicale Hospitalière) départementale. D'après A. Simon (221), un réseau périnatal devrait permettre, grâce à un partenariat avec les collectivités territoriales, d'établir un recensement des lieux d'accueil, de mettre en place un numéro centralisé pour la gestion des disponibilités, de créer un réseau d'interprètes et d'instaurer un travail avec les associations caritatives.

Toutefois, M. Delour, pédiatre de santé publique (68), souligne que les équipes de secteur rencontrent beaucoup de **difficultés** pour accompagner, dans une continuité suffisante, ces mères souffrant de difficultés majeures d'attachement. En effet, les mères en situation de précarité ont souvent une histoire marquée par des ruptures à répétition, elles sont expertes dans l'échappement et mettent en échec toute prise en charge efficace, jusqu'à ce que la sanction d'un placement vienne mettre fin à leur fuite en avant (Cf. I.3.2- Les carences affectives précoces). On trouve ici une des sources majeures de la répétition des placements et de la maltraitance de ces familles stigmatisées. Leur errance, symptôme de leur impossibilité à créer des liens sécurisés avec des partenaires, y compris des professionnels, est renforcée par l'incapacité des mêmes professionnels à transgresser les règles de la sectorisation administrative pour ne pas les abandonner au premier déménagement. Ces familles, qui quittent leurs accompagnants en changeant d'adresse, le font sous la pression de contraintes sociales incontestables, mais aussi de leurs empêchements internes à s'engager dans une relation d'aide qui sollicite leur participation, et qu'elles rompent dans un processus de répétition incontrôlable. Déjouer ces ruptures en proposant l'intervention d'une équipe qui franchit avec elles les limites administratives des secteurs, et s'efforce de mettre en place des liens sécurisés malgré leur fuite, est un objectif qui vise à annuler le cercle vicieux des ruptures à répétition.

Lors de la Commission Nationale de la Naissance du 28 mars 2006, les **propositions** suivantes ont été faites :

- organiser à jour fixe des consultations sans rendez-vous pour les femmes enceintes ;
- prévoir un logement durable pour la mère en début de grossesse, afin qu'elle puisse y rester avec son enfant ;
- donner la définition du « panier de la ménagère » précaire enceinte pour les œuvres caritatives ;
- octroyer la CMU à la naissance de l'enfant ;
- prévoir du lait maternisé dans les banques alimentaires quand l'allaitement au sein n'est pas possible ;
- organiser des enseignements à la faculté et en FMC sur le suivi des femmes enceintes en situation de précarité.

D'autre part, le Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble en Pays de la Loire a mis en place un groupe de travail « Grossesse et précarité », dirigé par H-J. Philippe, qui propose des **critères de repérage** des femmes en situation de précarité ou en situation de vulnérabilité sociale (216). Leur objectif est de proposer aux soignants des critères minimaux et faciles à utiliser, permettant de repérer les femmes en situation de vulnérabilité pour les aider et les diriger rapidement, sans les marginaliser, vers des personnes et des structures d'aide et de prise en charge. Les critères choisis sont issus de données récentes de la littérature (124, 158, 168, 193).

2.2 – LES ADDICTIONS

- **Le tabac, l'alcool, les toxiques**

Selon la conférence de consensus « Grossesse et **tabac** » de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), datant de 2004 (21), 37% des femmes sont fumeuses avant le début de la grossesse et 19.5% continuent de fumer pendant tout ou partie de la grossesse ; le tabagisme passif étant, quant à lui, mal quantifié.

Les risques du tabagisme pendant la grossesse, à la fois pour la mère et pour l'enfant, sont aujourd'hui mieux connus et détaillés par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) : risques accrus de grossesse extra-utérine, fausse-couche, accouchement prématuré, mort subite du nourrisson, faible poids à la naissance, et autres effets négatifs de la nicotine sur le système nerveux du fœtus et du nourrisson.

L'**alcool** est le produit d'addiction le plus dangereux pour le fœtus et le seul qui, pendant les trois premiers mois de la grossesse, puisse avoir des effets tératogènes. Une expertise collective de l'INSERM (37), publiée en 2001, sur la consommation d'alcool - qui concerne un quart des femmes - a mis en évidence qu'une consommation quotidienne d'alcool, même très modérée, ou des ivresses épisodiques, sont susceptibles d'entraîner des complications durant la grossesse (accouchements prématurés, retards de croissance du fœtus, etc.) ainsi que des troubles psychiques et comportementaux chez l'enfant (troubles des apprentissages, de la mémorisation, de l'attention, de l'abstraction, troubles des conduites, troubles oppositionnels, conduites addictives, comportements antisociaux, etc). Toutefois, ces troubles répondent à une causalité multifactorielle et ne peuvent être imputés à la seule intoxication alcoolique pendant la grossesse.

Le Syndrome d'Alcoolisation Fœtale (SAF) constitue l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool. Il se manifeste notamment par une dysmorphie crânio-faciale, un retard de croissance pré ou post-natal, des malformations cérébrales, des dommages du système nerveux central pouvant se traduire par un retard du développement psychomoteur, des déficits intellectuels, une hyperactivité, des troubles de l'attention, une incapacité à contrôler sa colère, etc. D'après l'expertise de l'INSERM, 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernées par un SAF grave, avec une incidence élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Bretagne.

Mais l'étude des rapports entre conception, parentalité et maladie alcoolique, nécessite de prendre en compte une multiplicité de facteurs d'ordre organique, génétique, environnemental, psychosocial, etc. Il convient d'avoir présente à l'esprit la co-morbidité psychiatrique associée à

l'alcoolisme, co-morbidité sans doute différente chez la femme et chez l'homme (intervient, à ce niveau, le poids des représentations sociales).

Pour ce qui est des **toxiques**, la consommation de cannabis est globalement croissante et on estime que 3% à 30% des femmes fument du cannabis pendant leur grossesse (183). La proportion risque de s'accroître : les jeunes fumeuses sont de plus en plus nombreuses et, si les femmes enceintes sont vivement encouragées à arrêter le tabac, c'est plus rarement le cas pour le cannabis. Ainsi, certaines compensent les signes du sevrage tabagique par du cannabis, tandis que d'autres apprécient son efficacité contre les nausées et les vomissements du premier trimestre.

Selon l'ouvrage d'expertise collective de l'INSERM (36), paru en 2005, sur le « Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent », la consommation de drogues au cours de la grossesse a été associée, dans des études longitudinales, à des perturbations comportementales chez l'enfant, notamment à une impulsivité accrue et à une diminution des capacités d'attention. On note également une augmentation des troubles externalisés, en particulier chez les garçons dont la mère faisait usage de cocaïne pendant sa grossesse. En effet, comparé à un groupe témoin, les garçons « exposés » présentaient des scores deux fois plus élevés de comportements agressifs. Non seulement les substances toxiques utilisées traversent la barrière placentaire et peuvent perturber le développement fœtal, mais le mode de vie chaotique de la femme expose aussi l'enfant à naître à divers risques, comme la malnutrition, les pathologies infectieuses, ou encore, après la naissance, la discontinuité des soins maternels. Le développement des enfants de mères toxicomanes est donc soumis à un risque élevé de troubles tant somatiques que psychiques, notamment en l'absence de soins spécifiques et d'un accompagnement médico-psychologique de qualité, et le risque de placement de l'enfant est estimé à 50% (69).

Chez certaines femmes, la grossesse permet un travail d'élaboration psychique qui conduit à l'**abandon des conduites d'addiction** (52). Ces grossesses doivent être envisagées dans le rapport tout à fait particulier que ces femmes toxicomanes entretiennent avec leur corps : leur corps est à la fois hyper-investi dans certaines dimensions et méconnu, négligé, agressé, support d'une incroyable indifférence par d'autres aspects. Dans ces cas-là, la prise en charge thérapeutique en coordination entre les soignants issus des domaines somatiques et psychiques est primordiale. La grossesse nécessite une surveillance obstétricale rigoureuse et l'obstétricien ou la sage-femme doivent s'efforcer de convaincre la femme enceinte de l'intérêt d'un accompagnement par un psychiatre. Parallèlement, la toxicomane doit être prise en charge par un médecin qui lui prescrit un traitement de substitution pour amorcer le sevrage et protéger le fœtus. A la naissance, le pédiatre anticipe la survenue possible d'un syndrome de sevrage, les équipes sociales proposent des aides ...

Il existe déjà de nombreuses **actions de terrain** pour lutter aussi bien contre le tabagisme que contre l'alcoolisme ou la toxicomanie. C'est le cas par exemple du Réseau Maternité Sans Tabac en France : créé en 2002, il regroupe 90 maternités en France, qui réalisent, au total, 150 000 accouchements par an, et il touche 300 000 couples par an.

- **Les propositions gouvernementales**

Le **Rapport Périnatalité et parentalité**, (35), estime que la politique d'accueil du nouveau-né est à parfaire, notamment quand les femmes enceintes ont des comportements addictifs. Parmi les dix-sept propositions émises, la cinquième consiste à développer les consultations de tabacologie, d'addictologie et d'alcoologie dans les maternités.

Tous les rapports sur le tabagisme, l'alcool, la drogue démontrent l'accroissement conséquent de la consommation de ces substances, comme de leur précocité. Les incidences négatives d'un tel phénomène, tant sur le développement de l'enfant à naître que sur la santé du nourrisson durant les premières années de la vie, ne sont plus à démontrer. Or, la période périnatale est un moment propice pour mettre en oeuvre une aide à l'arrêt de ces phénomènes addictifs. C'est pourquoi les **campagnes de prévention** contre le tabac, la drogue et l'abus d'alcool, menées au niveau national, doivent s'accompagner de **consultations spécifiques** au sein des maternités et des services de gynéco-obstétrique. Cet enjeu de santé publique majeur doit se concrétiser par la création d'un espace dans lequel chaque femme est accueillie par des professionnels, spécialisés et formés dans la prévention des addictions. La mission interministérielle de lutte contre la drogue pourrait, en liaison avec la direction générale de la santé, être chargée de la concrétisation de ce type de consultation. En outre, il serait également pertinent de proposer à chaque femme, à l'occasion d'une consultation de gynéco-obstétrique, de remplir un **questionnaire** concernant son statut tabacologique, addictologique ainsi que sa consommation d'alcool. Et, selon le résultat, le praticien pourrait lui remettre une **plaquette d'informations** sur les méfaits du tabac, de la drogue et de l'alcool, en particulier pendant la grossesse et au-delà.

Le **Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité** (17) reprend cette proposition et précise que les lieux de consultation multidisciplinaires d'aide à l'arrêt du tabac doivent être identifiés et connus des professionnels afin de pouvoir orienter les futures mères dès la mise en évidence de l'existence d'un tabagisme. Le réseau doit mettre au point une stratégie de repérage et de quantification de la prise d'alcool pendant la grossesse et décrire les modalités de prise en charge proposées, notamment les liens organisés avec les centres d'alcoologie. Pour la toxicomanie, le travail doit se faire en lien avec les centres spécialisés et/ou les médecins libéraux

ayant déjà en charge ces patientes. L'importance de ne pas différencier l'accueil des femmes est soulignée, l'objectif restant de pouvoir les prendre en charge dans la maternité de leur choix, sous couvert d'une formation adaptée du personnel soignant, organisée par le réseau. Néanmoins, il s'agit d'une grossesse à risque, qui pourra à ce titre être orientée vers une maternité plus habituée à ce type de problème, avec activation de l'étayage nécessaire au suivi de la mère et de l'enfant, tout en respectant la confidentialité et en évitant la stigmatisation. Le réseau est chargé de repérer les maternités qui ont mis en place un suivi particulier, afin de proposer aux femmes ces lieux de suivi. La possibilité de traitement de substitution et les modalités d'accès à ce type de traitement doivent également être décrites.

La problématique des addictions est réellement d'actualité : on peut mentionner notamment les **Etats généraux de l'alcool** qui se sont tenus début décembre 2006 et le **Plan addictions 2007-2011**, mené par X. Bertrand, vise à « la prise en charge et la prévention des addictions ». De plus, une **campagne nationale**, menée par le Ministère de la Santé et des Solidarités et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), est actuellement en cours pour promouvoir l'abstention totale d'alcool pendant la grossesse. Une « annonce presse » a été diffusée le 13 septembre dernier dans la presse quotidienne nationale, et dans une vingtaine de titres de la presse magazine du 13 au 16 octobre. Cette annonce sera déclinée, dans l'année, dans la presse médicale et les gynécologues, sages-femmes et professionnels de PMI recevront un courrier de sensibilisation à la problématique de la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, ainsi qu'un document d'information à remettre à leurs patientes. Un message sanitaire à l'attention des femmes enceintes va figurer sur toutes les unités de conditionnement des boissons alcoolisées et dans le carnet de maternité, soit sous la forme d'une phrase : « la consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant », soit sous la forme d'un pictogramme. Parallèlement, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a mis en place un protocole de surveillance épidémiologique appuyé sur des services de maternité et les registres du handicap. Ce protocole devrait permettre de reconnaître les enfants atteints de Syndromes d'Alcoolisation Foetale graves.

2.3 – LES POPULATIONS SPECIFIQUES

- **Les adolescentes**

Les adolescentes représentent en France environ 5% des femmes enceintes et ces grossesses entraînent, dans bien des cas, de graves problèmes (170). L'adolescence est une période de mutation, de transformation biologique, psychologique et sociale qui débute chez la jeune fille par le phénomène de la puberté, en général entre 11 et 13 ans. On estime désormais qu'une fille sur deux est physiquement capable, à 13 ans et demi, de concevoir un enfant. Mais, chez une mère

elle-même encore enfant, la mise au monde d'un bébé bouscule les repères habituels ; elle est le reflet d'une absence ou d'une perte des identifications et elle entraîne, pour la jeune mère, la perte de la référence à son groupe d'âge. Ces difficultés psychiques se doublent de problèmes sociaux : les grossesses des adolescentes sont peu ou pas suivies, avec pour conséquence un taux de prématurité presque deux fois supérieur au taux national (170). Plus de la moitié de ces très jeunes femmes ne sont pas assurées sociales (170).

Les **données chiffrées disponibles** sont complexes. D'une part, elles sont hétérogènes, portant parfois sur les moins de 18 ans, parfois sur la classe d'âge 15-19 ans. D'autre part, elles sont déjà datées : la dernière étude la plus fouillée de l'INED remonte à 2000 et s'appuie donc sur des données qui ne dépassent pas 1997 (137). On peut toutefois déceler de grandes tendances :

- Le **taux de grossesses** chez les adolescentes est estimé à 24 pour 1000 en France (47). Il s'agit du nombre total de grossesses (naissances, Interruptions Volontaires de Grossesse et fausses-couches spontanées) pour les jeunes femmes de 10 à 18 ans. Seulement un tiers de ces grossesses est mené à terme.
- Le **taux de fécondité** (nombre de naissances vivantes pour 100 femmes de chaque âge), toutes classes d'âge confondues, remonte régulièrement en France depuis 1995. Mais, pour les 15-19 ans, il a au contraire baissé jusqu'en 1995, passant pour la France métropolitaine de 8,94 en 1980 à 3,54 en 1995. Depuis, il est à peu près stabilisé à moins de 4 (3,73 en 2005, résultats provisoires). Il reste nettement plus élevé outre-mer. L'INSEE fournit également des résultats détaillés par année d'âge : en 2004, le taux de fécondité était de 0,4 pour les 15 ans, 1,9 pour les 16 ans et 5 pour les 17 ans (137).
- La **proportion des grossesses** chez les adolescentes se définit comme le nombre de naissances chez les adolescentes, sur le nombre total de naissances pour un pays donné. En France ce chiffre a beaucoup baissé entre 1976 et 1992 puisqu'il est passé de 3,6% à 1%. Depuis, il se maintient aux environs de **0,85%**. Concrètement, en France en 1997, 6 356 naissances chez des mères de 18 ans ou moins, dont 954 chez les mères de moins de 16 ans ont été enregistrées. Selon les indications fournies à l'occasion de la publication de l'avis du Haut Conseil de la Population, le 5 décembre 2006, 4 500 mères âgées de moins de 18 ans ont donné naissance à un bébé en 2004 (137).
- En France, l'**âge moyen des premiers rapports sexuels**, équivalent dans les deux sexes, se maintient, depuis 1985, à 17 ans et 6 mois (129). En revanche la distribution des âges au premier rapport montre une translation vers des âges plus jeunes : 21 % des garçons et 10 % des filles ont leur premier rapport à 15 ans ou moins. Les rapports sexuels à l'adolescence ont pour caractéristique d'être sporadiques (5 à 15 par an) et non planifiés (63 % ont lieu pendant la période de vacances) (126). La majorité des adolescentes, 79%, ont leur premier rapport sexuel parce qu'elles sont amoureuses, et 14% d'entre elles, pour faire plaisir à leur partenaire. Si près de 3 adolescentes sur 4 ont

recours à une méthode contraceptive lors de leur premier rapport sexuel, 21 % des filles sexuellement actives n'utilisent aucun moyen de contraception (126).

- La **situation familiale** de ces adolescentes montre que 49% sont mariées ou vivent en couple et 51% sont célibataires mais, parmi celles-ci, deux tiers connaissent le père de l'enfant (89). Seulement 24.6% de ces adolescentes sont scolarisées au moment de la grossesse et ont de grandes difficultés à reprendre une scolarisation après l'accouchement.
- Le nombre d'**Interruptions Volontaires de Grossesse** qui, entre 1980 et 1990, avait connu un déclin parallèle à celui des naissances, est actuellement en forte hausse : il est passé de 8 000 en 1995 à 11 000 en 2003 et 13 000 en 2004 (137).
- La **première conception** évolue différemment selon l'âge de l'adolescente: plus elle survient tôt, plus elle a de risque de se terminer par une IVG (165). Lorsqu'on étudie, par tranches d'âge successives entre 12 et 17 ans, le devenir d'une première conception, on voit que plus on avance vers la majorité, plus la grossesse a de chance de se poursuivre jusqu'à son terme. Il existe une période charnière à 16-17 ans : entre 12 et 16 ans, la première conception se termine beaucoup plus souvent par une IVG, tandis qu'après 17 ans, plus de la moitié des grossesses se poursuivent.

Si la maternité précoce est inscrite dans l'histoire des femmes depuis toujours, la survenue d'une grossesse fait souvent partie de ces accidents liés à des pratiques à risque. La grossesse peut correspondre à une angoisse existentielle, ou être une réponse inadaptée à une situation déjà précaire, ou encore s'inscrire dans un continuum familial. On peut distinguer **trois types**, en fonction des comportements psychologiques et sexuels qui peuvent conduire les adolescentes à débiter une grossesse (89) :

- la **très jeune femme mariée ou vivant en couple**. Il s'agit, dans la quasi-totalité des cas, de femmes étrangères chez qui le mariage précoce est culturel. Cette grossesse est la résultante d'une démarche de vérification de l'intégrité du corps et des organes sexuels : elle va rassurer sur la capacité à procréer et permettre une accession à la fonction maternelle. Dans bon nombre de sociétés coutumières (Africaines, Gitanes ou Maghrébines), l'enfantement est valorisant, la grossesse constituant un rituel de passage de l'enfance au monde des adultes. Le jeune couple "installé" a un désir d'enfant, c'est un projet de couple au sein d'une structure familiale, parfois d'un clan. Dans ces cas-là, le suivi de la grossesse est classique, l'enfant est attendu et accueilli de façon rigoureusement identique à celle des autres couples. Le comportement de la jeune mère est comparable à celui des autres mères, le nouveau né est bien pris en charge et souvent allaité.
- la **jeune adolescente scolarisée**, vivant chez ses parents et chez qui survient une grossesse accidentelle, par naïveté ou ignorance, voire par inaptitude à utiliser des

moyens contraceptifs. Parfois, le projet est d'échapper à une scolarité peu valorisante, ou à un milieu familial perturbé. La grossesse correspond à la recherche d'un objet de comblement d'une carence de l'enfance; elle permet d'obtenir un bébé et de devenir mère, c'est à dire d'accéder à l'état d'adulte et souvent de concrétiser un conflit latent. Ces grossesses sont qualifiées de grossesses «misérables» : c'est l'enfant qui vient compenser les angoisses dépressives et la sensation d'abandon. Toutes les enquêtes montrent qu'un grand nombre de jeunes mères mineures ont souffert dans leur enfance de conditions de vie difficiles et de mauvaises relations avec leurs parents : les violences physiques, la carence et la négligence éducative pendant la petite enfance apparaissent fortement associés à la parentalité précoce. Parmi les facteurs de risque, on retrouve notamment la rupture scolaire, les conduites agressives et les conduites addictives (tabac, alcool, drogues). La plupart du temps, l'adolescente est prise en charge par la famille, sans être rejetée, et la décision de poursuite de la grossesse est prise en concertation avec les parents. Cette grossesse peut évoluer vers une IVG du fait de problèmes financiers (chômage, pauvreté) ou de problèmes psychologiques (l'adolescente ayant un comportement irresponsable lié à une débilité légère, par exemple). Parfois le diagnostic de grossesse est tardif, il s'agit en quelque sorte d'un « ratage d'IVG », et la grossesse va évoluer jusqu'à terme avec un suivi souvent tardif et chaotique. Le compagnon est souvent absent ou en fuite. Habituellement, le nouveau-né est accueilli dans le foyer des parents, mais pas toujours bien intégré car il aggrave la précarité familiale.

- **l'adolescente en grande difficulté**, en échec scolaire et professionnel, en rupture avec sa famille, présente de loin la situation la plus préoccupante. La grossesse semble être l'expression d'une conduite agressive directement dirigée contre son propre corps. En général, ces grossesses impulsives surviennent dans le cadre d'une sexualité non protégée et à risque, et s'inscrivent comme des passages à l'acte : ce sont des grossesses « prise de risque » ou grossesses « violentes ». Si les garçons choisissent les conduites à risque social tels que les excès de vitesse ou la délinquance, les filles se tournent plus volontiers vers l'attaque directe de leur corps comme les tentatives de suicide ou les troubles du comportement alimentaire, la grossesse faisant incontestablement partie de ces moyens d'attaque contre son propre corps. Le lien fréquemment observé avec une tentative de suicide peu avant ou peu après la grossesse prend alors un éclairage significatif.

La grossesse de l'adolescente pose **un ensemble de problèmes**, plus lourdement psychiques que physiologiques (89). Elle est souvent **découverte tardivement**, par méconnaissance, peur d'en parler, anxiété à l'égard du suivi médical, crainte d'être contrainte à une IVG et, pour certaines adolescentes, déni d'une réalité désirée mais finalement redoutée. Lorsque cette grossesse démarre, tout concourt à un retard de déclaration et donc de suivi. Souvent,

l'adolescente consulte son médecin sans relation causale avec son état et il est alors important, en cas de doute, d'aborder la question avec elle. Dans certains cas extrêmes, la grossesse peut évoluer jusqu'à terme sans avoir été reconnue dans l'entourage proche et aboutir à un accouchement inopiné à domicile ou pire encore dans un lieu public ou à l'école. Cette **clandestinité** est un problème majeur, puisqu'elle empêche tout suivi médical et place la future mère dans un isolement dommageable à tous points de vue.

La grossesse de l'adolescente est réputée à risque de **complications obstétricales**, principalement du fait d'une augmentation des enfants de petits poids et de la prématurité. On ne note pas d'augmentation du taux de complications à type de prééclampsie ou d'hémorragie de la délivrance (47). Les principales complications sont directement liées au suivi tardif et aux comportements à risque des adolescentes qui sont exacerbés dans une sorte d'auto-pénalisation, de désir d'autodestruction dans un contexte de déni d'enfant : tabac en excès, drogues, consommation de somnifères... Les déficits nutritionnels sont plus fréquents, car les besoins protéiques sont importants, du fait de vomissements plus fréquents en début de grossesse et du fait des carences liées à un niveau socio-économique très bas. A l'inverse, dans un cas sur cinq, on assiste à une prise de poids excessive pouvant aboutir à une obésité définitive, conséquence d'un apport glucidique trop important. L'anémie par carence martiale est fréquente et doit être systématiquement prévenue dès la deuxième moitié de la grossesse.

L'**accouchement** proprement dit est, dans toutes les études (47), réputé sans risque, à condition que la grossesse soit connue. Ces grossesses souvent non suivies, parfois découvertes au dernier moment, peuvent aboutir à des accouchements dans des lieux tout à fait insolites (toilettes des collèges, squats ou à domicile). La grande majorité des accouchements s'effectue par les voies naturelles (91.3 %, dont 18.5 % d'extractions instrumentales) et on dénombre seulement 8.8 % de césariennes (alors que le taux est d'environ 18 % dans la population générale). La notion ancienne, selon laquelle des accouchements à travers des bassins dont la croissance n'est pas terminée pouvaient exposer à un sur-risque de disproportions foeto-pelviennes et donc de césariennes, n'est pas confirmée par les études.

Le **processus de parentalité** s'élabore, selon les cas, de façon très diverse : il existe une grande variabilité interindividuelle dans le devenir des dyades mère-enfant après la naissance. Plusieurs études montrent que, bien entourés, la mère adolescente ou le jeune couple sont parfaitement capables d'assumer leur fonction parentale (47). Dès la naissance, il est capital de suivre la façon dont va se développer le lien mère enfant. Ces mères, encore plongées dans l'adolescence, paraissent finalement assez habiles avec leur bébé mais leur investissement dans ce domaine peut se montrer discontinu. Elles ont souvent une bonne capacité à jouer avec leur bébé, mais se montrent plus rigides que les autres mères dans leurs convictions : «il a faim», «il doit dormir»..., ce qui n'est pas sans rappeler la fillette jouant à la poupée. Dans d'autres cas, l'adolescente peut

considérer son enfant comme son confident, son consolateur, mais également comme son souffre-douleur, le responsable de ses malheurs, ce qui entraîne un risque important de maltraitance. Les facteurs de bon pronostic sont le bon niveau scolaire antérieur à la grossesse et la reprise de la scolarité après la naissance, élément essentiel du futur lien familial et social. Dans les faits, la reprise d'un projet scolaire est loin d'être la règle, d'autant que, pour beaucoup de ces adolescentes, l'école est déjà désinvestie, lieu d'échec en rapport avec la conception de l'enfant. Le manque de soutien affectif et social est, quant à lui, un facteur de très mauvais pronostic et l'accompagnement de telles situations n'est pas aisé.

La **prise en charge** de ces très jeunes mères laisse à désirer : elles sont souvent plus surveillées et jugées qu'aidées à poursuivre leur double itinéraire : celui, inachevé, de leur adolescence et celui, engagé trop tôt, du processus de parentalité. Pour M. Uzan (47), « la grossesse chez une adolescente, c'est un **risque d'adolescence avortée**. Cette souffrance nous devons la prendre en charge pour que, si cette jeune fille fait le choix de son adolescence et demande une interruption de grossesse, il n'y ait pas de récurrence immédiate et que, si elle choisit l'enfant aux dépens de son adolescence, elle puisse être aidée ». L'abord de ces adolescentes doit être bienveillant et non répressif. Il faut d'emblée faire « alliance » avec elles, les apprivoiser pour créer un climat de confiance et de complicité indispensables pour gérer au mieux les problèmes qui peuvent apparaître.

La grossesse chez l'adolescente aboutit presque inéluctablement à :

- une **marginalisation**. Il y a rupture de l'ordre initiatique : ce n'est le moment ni dans la tête ni dans le corps,
- une **déscolarisation**. Il y a éviction scolaire de l'adolescente enceinte : le projet scolaire (s'il existait) est interrompu, mettant souvent fin à tout projet professionnel lui-même assez précaire,
- un **rejet** de la famille. Cette grossesse aboutit à une exclusion, car c'est une étape qui a été brûlée, un passage qui est cassé.

Dans les pays industrialisés, la grossesse de l'adolescente ne doit plus être considérée comme un problème exclusivement médical car il n'est pas tant lié à l'âge qu'au contexte social : mauvaises conditions économiques et sociales, manque de soutien affectif, absence de suivi... C'est dire l'importance de l'**accompagnement psychosocial** dans le cadre de ces grossesses afin d'améliorer au maximum l'accueil du bébé. Si un certain nombre de facteurs ne sont que peu ou pas modifiables, comme le très jeune âge, la précarité, le faible niveau éducatif, le soutien familial ou social défaillant, par exemple, d'autres facteurs, en revanche, sont modifiables : la clandestinité et l'insuffisance du suivi prénatal, les carences nutritionnelles, les habitudes de vie inadaptées à l'état de grossesse (tabac, toxiques), le stress ou le risque d'activité inappropriée, les infections génitales sexuellement transmises...

En pratique, seule une **prise en charge globale** pourra tenter de répondre aux différentes facettes médicales, obstétricales et psychosociales. Idéalement, cette prise en charge devrait débuter dès la grossesse, notamment pour prévenir la maltraitance, beaucoup plus fréquente dans ces contextes. Il est capital de s'assurer que la jeune fille puisse être aidée à assumer son rôle de mère, sans le faire à sa place. L'entourage est très important, l'isolement social est à éviter, et parfois, une évaluation en unité d'hospitalisation mère-bébé ou un suivi dans une unité spécialisée d'adolescents peuvent être organisés. Dans les cas, probablement les plus fréquents, où les retours à la scolarité sont impossibles, il faudra très vite aider l'adolescente dans un choix professionnel adapté. Très vite aussi après la naissance, il faudra être vigilant à la prescription d'une contraception pour prévenir impérativement la survenue d'un second enfant rapidement après le premier, afin que la jeune mère puisse tirer bénéfice d'un programme social d'accompagnement.

L'HAS, dans ses recommandations pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (23), a cherché à **évaluer** les effets des programmes centrés sur le soutien aux parents adolescents, à partir d'une revue de la littérature (139). En dépit de limites méthodologiques, les auteurs concluent que les séances collectives et individuelles anté et postnatales (entretien, discussion à partir de vidéo) ont probablement un intérêt sur les interactions mère-enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même, la construction de l'identité maternelle.

Face à ces grossesses, la question de la **contraception** se pose de façon aiguë. Pour lutter contre les avortements précoces, dont le nombre, on l'a vu, est en forte augmentation, le Haut Conseil de la population et de la famille a rendu public, le 5 décembre 2006 (137), un avis demandant le renforcement des actions d'information auprès des jeunes et, surtout, la gratuité de la contraception pour les jeunes filles de moins de 18 ans. Il souligne l'un des paradoxes de la situation française : depuis 2001, les mineures peuvent accéder gratuitement à l'avortement sans autorisation de leurs parents ; depuis 1999, elles peuvent se voir délivrer gratuitement et sans ordonnance la pilule du lendemain dans les pharmacies et les infirmeries scolaires. Mais elles doivent, en matière de contraception, suivre un parcours plus difficile : il leur faut s'adresser à un médecin, obtenir une ordonnance et se faire rembourser les frais par la Sécurité sociale au risque d'informer leurs parents. Pour limiter les grossesses non désirées, le Haut Conseil propose donc de créer, dans tous les départements, des réseaux s'appuyant à la fois sur les centres de planification, les hôpitaux, les médecins généralistes et les pharmaciens, avec l'objectif « d'augmenter le nombre de lieux permettant un accueil gratuit et confidentiel des jeunes en quête d'informations, de conseils et d'orientation ».

Dans une communication aux dernières journées du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (29 novembre - 2 décembre 2006) (218), dont voici le résumé, B. Letombe a traité de la consultation de contraception : « Les enjeux de la contraception à l'adolescence sont l'éviction des maternités précoces et des infections sexuellement transmissibles (IST) avec leurs séquelles psychosociales et sexuelles chez des jeunes filles à la fertilité maximale, physiologiquement plus fragiles et à risque d'infections génitales. En France, en dépit de la richesse de notre arsenal contraceptif et de l'information largement diffusée, le nombre des Interruptions Volontaires de Grossesses chez l'adolescente croît. Sans doute parce que le décalage entre efficacité théorique et pratique de la contraception est encore plus évident dans cette tranche d'âge. Toutes les contraceptions sont utilisables à l'adolescence, au mieux la contraception hormonale associée à l'usage du préservatif (double Dutch des Hollandais). La consultation de contraception est souvent la première consultation gynécologique et peut être, de ce fait, redoutée par peur de l'examen gynécologique, souvent loin d'être nécessaire par ailleurs. Par contre, il est nécessaire de prendre le temps, d'abord, d'assurer de la confidentialité de cette consultation et d'installer une relation de confiance, d'explicitier longuement les modalités contraceptives. Si une contraception oestro-progestative est proposée, il faut insister non seulement sur son innocuité mais aussi insister sur les bénéfices attendus, sans taire les éventuels effets secondaires transitoires. Quant au préservatif, seule méthode protectrice contre les IST, il ne faut pas hésiter à en parler concrètement et à en montrer la manipulation. Il est bon de faire preuve d'une certaine ouverture et de neutralité pour laisser libre cours aux questionnements des adolescents sur leur sexualité, leur normalité, ce qui permettra par ailleurs de redresser nombre d'idées fausses véhiculées par les médias. Enfin, sans discours moralisateur, non pas tant insister sur les risques de la sexualité que sur la possibilité de faire preuve de maturité en prenant en charge sa santé, en évitant une grossesse trop précoce et une infection sexuellement transmissibles. Cette consultation doit être assortie d'un suivi rapproché. Disponibilité, écoute, relation de confiance sont les seuls garants d'une observance contraceptive et donc d'une efficacité. Bien sûr, en fin de consultation, il est nécessaire d'informer sur la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule, de non utilisation ou de rupture d'un préservatif, à savoir la contraception d'urgence qu'il peut être utile de prescrire d'emblée ».

- **Les femmes ayant une maladie chronique**

Selon les études, 13,9% des femmes qui consultent un médecin en vue d'une grossesse ont un problème médical identifié dès leur première visite. Les maladies les plus fréquentes sont l'asthme, l'hypertension artérielle, le diabète, les problèmes cardiaques, et les migraines. On retrouve également les maladies génétiques, l'épilepsie, les infections (VIH, hépatites...). Mais il arrive parfois que l'on découvre pendant la grossesse une maladie chronique, diagnostiquée lors du suivi de grossesse, ou aggravée par la grossesse (maladies insidieuses quelquefois non

symptomatiques comme l'hypertension artérielle, le diabète, l'anémie, l'insuffisance rénale, les pathologies thyroïdiennes, ou certaines infections).

La **consultation pré-conceptionnelle** est primordiale en cas de maladie chronique connue. Elle permet de programmer une grossesse à une date optimale, à la fois pour ne pas aggraver l'état de santé de la femme et pour diminuer au maximum les risques pour le futur bébé. Le choix de la date se fait en concertation avec l'obstétricien et le médecin qui suit habituellement la femme. Des bilans pré-conceptionnels peuvent être prévus en cas de diabète ancien, par exemple ; des médicaments potentiellement tératogènes (anti-épileptiques, anti-arythmiques, ou anti-acnéiques par exemple) peuvent être arrêtés et remplacés ; en cas de maladie génétique, une consultation de conseil génétique peut être proposée.

Le **travail en réseau** est fondamental pour la prise en charge de ces patientes. Une collaboration est indispensable entre l'obstétricien et le médecin qui suit la femme, mais également avec les autres professionnels qui interviennent : kinésithérapeute ...

- **Les femmes ayant un handicap**

Pendant longtemps, la société a vu d'un **mauvais œil** le fait que des femmes handicapées puissent être mères. La situation évolue aujourd'hui un peu plus favorablement, "mais la parentalité ne représente toujours pas une priorité de la société ni même des associations de personnes handicapées", explique D. Siegrist journaliste, elle-même handicapée, et auteur d'un ouvrage sur ce thème (108). Quelques associations permettent cependant de briser l'**isolement** des femmes handicapées et la **culpabilité** qu'elles ressentent souvent à vouloir être mères comme les autres femmes, "culpabilité qui est renforcée par la crainte encore persistante de certains professionnels de santé vis-à-vis de cette démarche et parfois par une hostilité de la population à voir des femmes handicapées être enceintes" indique Marjorie Nibbio, mère handicapée motrice d'un garçon de trois ans et fortement engagée dans le domaine associatif.

Il n'y a **pas de données statistiques** concernant, en France, le nombre de femmes handicapées ayant des enfants. Plus généralement, il est très difficile, voire impossible, d'évaluer le nombre de personnes handicapées, tant la notion de handicap recouvre des réalités diverses. D'après des données de l'INSERM et du CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et l'Inadaptation) (141), environ 2,3 millions de personnes vivant à leur domicile perçoivent une allocation, une pension ou un autre revenu en raison d'un handicap ou d'un problème de santé. Plus de 5 millions de personnes bénéficient d'une aide régulière pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne, pour les mêmes raisons. La nature, l'origine et la gravité de leurs atteintes peuvent être très diverses. Une enquête sur les handicaps, les incapacités et la dépendance a été menée fin 1998 (163), auprès des personnes vivant en

domicile ordinaire : elles peuvent souffrir de déficiences motrices (13,4%), sensorielles (11,4%), organiques, par exemple cardio-vasculaires, ou respiratoires (9,8%), intellectuelles ou mentales (6,6%). Les femmes déclarent beaucoup plus fréquemment que les hommes des déficiences motrices et un peu plus fréquemment des déficiences intellectuelles ou mentales. L'écart est inverse pour les déficiences sensorielles.

L'**OMS** analyse de la façon suivante les relations entre maladie et handicap (174) :

- les **maladies** sont à l'origine de la chaîne ; ce terme doit être compris dans un sens large, incluant les accidents et les autres traumatismes moraux ou physiques, ainsi que les conséquences des complications de grossesse ou d'accouchement et les malformations congénitales ;
- les **déficiences** sont les pertes (amputation, sclérose...) ou dysfonctionnements des diverses parties du corps ou du cerveau. Elles résultent en général d'une maladie (au sens large précédent). Une notion voisine plus couramment utilisée est celle d'invalidité ;
- les **incapacités** sont les difficultés ou impossibilités de réaliser des actes élémentaires comme se tenir debout, s'habiller, parler... Elles résultent en général d'une ou plusieurs déficiences ;
- les **désavantages** désignent les difficultés ou impossibilités que rencontre une personne à remplir les rôles sociaux auxquels elle peut aspirer, ou que la société attend d'elle.

Le handicap regroupe les trois derniers domaines et correspond donc à une réalité multiple. Dans chaque domaine, l'atteinte peut être minime ou conséquente, voire rédhibitoire. Evaluer le nombre des personnes handicapées exige que l'on fixe un seuil minimal d'atteinte, décision arbitraire, susceptible de points de vue divers. Il n'y a donc pas de réponse unique à la question « Combien y a-t-il de personnes handicapées en France ? ».

Une des mesures du **Plan périnatalité 2005-2007** (18) concerne « l'**accompagnement spécifique** des femmes enceintes et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante ». Pendant toute la période périnatale, les femmes ayant un handicap ou porteuses d'une maladie invalidante, ainsi que les pères, doivent faire l'objet d'un accompagnement attentif pour faciliter leur vie, dans les domaines où ils sont mis en difficulté du fait de leur handicap.

Les **objectifs** sont :

- organiser l'accessibilité physique à l'information, aux consultations, à la préparation à la naissance, à la prévention et aux soins et leur offrir le soutien psychologique nécessaire,
- sensibiliser, former et soutenir les professionnels de santé impliqués dans le suivi de la périnatalité à l'accueil, à l'écoute et à l'accompagnement des personnes handicapées,
- apporter des aides humaines et matérielles aux difficultés rencontrées pendant la grossesse et après la naissance,

- sensibiliser la société aux enjeux de la sexualité, de la maternité et de la parentalité pour toute personne handicapée, en tant que personne et en tant que citoyen.

Les **mesures** proposées sont :

- diffuser auprès des services concernés les recommandations relatives à l'accompagnement des femmes enceintes handicapées, à partir d'un recensement des actions et documents d'appuis ou d'outils spécifiques à concevoir,
- élaborer le cahier des charges de la formation destinée aux professionnels de la naissance, en application de l'obligation de formation sur le handicap des professionnels de santé, (article L 1110-1-1 nouveau du code la santé publique, introduit par l'article 1er quater du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées),
- rendre accessibles l'ensemble des établissements recevant du public liés à la naissance et à la petite enfance (maternité, PMI, crèches et haltes garderie), en application de l'article 21 du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées,
- intégrer le besoin d'accompagnement des parents handicapés dans les besoins pris en charge par la nouvelle prestation de compensation.

En fait, il existe un **important retard en France**, dans la prise en charge des grossesses chez les femmes handicapées : avoir un enfant demeure, pour elles, un parcours du combattant. **Aucune aide spécifique** n'est prévue pour les mères présentant un **handicap moteur ou sensoriel**, que ce soit pour le suivi de grossesse, ou les soins au bébé. Même si les Centres Hospitalo-Universitaires ont l'habitude de recevoir des femmes handicapées, il n'existe pas de maternité prenant spécifiquement en charge ces femmes en France, à l'exception de quelques lieux, comme l'hôpital de la Salpêtrière à Paris, qui a développé une expertise dans l'accueil des femmes malentendantes. Il n'est pas toujours évident pour les femmes handicapées de trouver le professionnel de santé qui pourra les suivre et de choisir un établissement où accoucher, car il n'existe pas de document officiel recensant les facilités d'accès ou de soins qui sont offertes. Les **structures** ne sont **pas adaptées** : beaucoup de maternités demeurent difficilement accessibles aux fauteuils roulants et peu de gynécologues disposent de tables élévatrices pour l'examen gynécologique, indispensables pour beaucoup de femmes en fauteuil. De fait, une enquête entreprise en 2002 par la Mission handicap de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris a montré que, sur 59 maternités d'Ile-de-France, une vingtaine seulement se déclaraient capables de suivre une femme handicapée dans le cadre d'une grossesse. Sur 1 757 cabinets de gynécologie dans la région, seuls 156 étaient accessibles aux femmes en fauteuil roulant et 36 disposaient de tables d'examen élévatrices...

Dans ces **prises en charge particulières**, auxquelles les sages-femmes et les gynécologues sont de plus en plus sensibilisés, le **travail en réseau** est fondamental : il est important que les

femmes soient vues en consultation pré-conceptionnelle par un gynécologue-obstétricien afin de préparer au mieux la grossesse, et qu'il y ait collaboration avec le médecin rééducateur, pour les femmes handicapées moteur. L'arrivée du bébé doit être soigneusement préparée, avec mise en place d'aides adaptées au handicap de la future mère, en prenant en compte les ressources du conjoint, qui peut parfois être handicapé lui aussi. La grossesse des femmes **handicapées moteur**, même blessées médullaires, n'est en général pas à haut risque. Elle ne nécessite pas un suivi dans une maternité spécialisée dans les grossesses à risque, même si elle comporte des aspects spécifiques. Ainsi par exemple, chez les femmes paraplégiques et tétraplégiques, il faudra veiller tout particulièrement au risque d'escarres et d'infections urinaires, et, en cas de lésion médullaire haute, prévoir une césarienne pour l'accouchement. Les problèmes posés lors de la prise en charge des femmes **handicapées mentales** seront détaillés dans la partie suivante qui traite des troubles psychologiques.

Des associations apportent également un soutien très efficace. L'ADAPPH (Association pour le Développement de l'Accompagnement à la Parentalité des Personnes Handicapées), nouvellement créée, rassemble à la fois des parents et des professionnels de santé et a pour principal objectif de développer l'**accompagnement à la parentalité** des personnes handicapées physiques et sensorielles. Un accueil téléphonique est prévu pour les couples qui souhaitent des renseignements et on trouve sur le site Internet de l'association un recensement précis des initiatives locales développées dans le domaine de la parentalité des personnes handicapées, dans chaque région de France. D'autres initiatives existent, notamment un groupe de parents handicapés à Rennes, sous l'égide de l'Association des Paralysés de France, ou, à Lyon, l'association "Etre parents" qui rassemble des personnes handicapées qui sont déjà, ou qui désirent être parents.

2.4 – LES TROUBLES PSYCHOLOGIQUES

Le développement des unités mère-bébé a pu un temps être considéré comme emblématique du travail en psychiatrie périnatale. Divers travaux ont insisté sur leur caractère précieux en cas de psychopathologie. Mais l'intérêt du travail en ambulatoire et du travail de liaison sans dispositif d'hospitalisation conjointe, comme celui de la clinique en réseau, a également été démontré par les unités qui ont fait le choix de ne négliger ni le développement de leurs pratiques en maternité ni les formations. De même, dans un certain nombre de lieux, des pratiques de collaboration entre la pédopsychiatrie, la Protection Maternelle et Infantile et les maternités ont pu conduire à la mise en place de dispositifs spécialisés incluant la possibilité d'une hospitalisation conjointe.

- **La psychiatrie de liaison en maternité**

J. Dayan, dans *Psychopathologie de la périnatalité* (69), reprend l'**historique** de la psychiatrie de liaison. Aux Etats-Unis, en 1939, le terme de psychiatrie de liaison est introduit pour la première fois par Billings, responsable du développement d'unités de psychiatrie à l'hôpital général. En France, au cours des années 1960, se met en place la psychiatrie de liaison, à Paris, à l'Hôtel-Dieu avec Grivois, à l'hôpital neurologique de Lyon avec Guyotat. Cette évolution survient à un moment où la psychiatrie française connaît elle-même de profonds remaniements, avec l'apparition de la sectorisation.

La pratique de la psychiatrie en milieu hospitalier général, encore appelée psychiatrie de liaison, a fait son apparition vers la fin des années 1960, dans une dimension de soin pluridisciplinaire, portée par un double mouvement de remédicalisation de la psychiatrie et de psychologisation de la médecine somatique. Elle renoue ainsi avec le concept de médecine globale, s'attachant à appréhender l'individu dans l'interaction entre le physique et le psychique, entre l'homme et son environnement.

La psychiatrie de liaison périnatale s'est développée plus récemment entre les services de psychiatrie infanto-juvénile et ceux de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie. Mais, dès 1956, Baker travaillait régulièrement en Angleterre avec un service d'obstétrique. Elle a présenté d'emblée un double aspect : soutien aux femmes éprouvées par des complications obstétricales ou néonatales et prise en charge des accouchées présentant une pathologie mentale. Ce n'est que dans un second temps que les soins directs au bébé ou une intervention sur la dyade mère-enfant se sont développés.

L'aptitude à « travailler ensemble » nécessite une bonne articulation entre les services concernés pour **aboutir à une zone de collaboration commune**. De cette rencontre naît un espace de travail partagé où s'échangent des informations concernant le patient et les soins qu'il pourra éventuellement recevoir. Pour que les symptômes présentés par un patient puissent conduire à une demande d'ordre psychiatrique, il importe que la plainte rencontre une écoute suffisante et un accueil favorable des médecins somaticiens. La validation de la demande par l'équipe de psychiatrie demeure la dernière étape, c'est-à-dire la reconnaissance du trouble comme appartenant à son champ d'action. Ainsi, en psychiatrie de liaison, pour qu'un patient puisse rencontrer l'équipe de psychiatrie, un triple jeu de consentement est nécessaire, bien loin du classique consentement éclairé du patient seul face à son médecin.

Par ailleurs, il faut également souligner que, dans la majorité des cas, cette demande aboutit à la rencontre du patient avec un médecin qu'il n'a pas choisi et qui représente une spécialité vers laquelle il ne se serait pas spontanément tourné. La qualité de l'alliance thérapeutique entre le

psychiatre et son patient est conditionnée par les étapes préalables et le discours tenu par les somaticiens auprès des patients sur le rôle de la psychiatrie de liaison. Réciproquement, la nécessité d'un retour du travail psychiatrique vers les équipes ne peut être mise en doute. Un compromis est nécessaire pour que le psychiatre ou le psychologue informe clairement les somaticiens et, plus généralement, l'équipe soignante, des troubles et difficultés de la patiente, des soins nécessaires, tout en préservant une confidentialité suffisante à l'entretien.

Les consultations de psychiatrie de liaison dans les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie présentent un double aspect, préventif et curatif : prévenir les dysfonctionnements précoces des interactions entre parents et enfant, dépister et soigner les troubles parentaux avérés. En France, les interventions psychiatriques en maternité et services de gynécologie sont assurées pour la plupart par des **pédopsychiatres**. Cette tendance s'inscrit dans la continuité des orientations de la pédopsychiatrie française, sensible à une approche globale du bébé dans son environnement. Il en est tout autrement en Grande-Bretagne où ce sont les psychiatres d'adultes qui organisent la plupart des prises en charge durant la grossesse et le *post-partum*.

Bien que **les modalités d'organisation des soins** varient largement d'une structure à l'autre, il apparaît dans tous les cas nécessaire d'établir un cadre thérapeutique précis, instaurant une référence commune aux intervenants et aux patients dans le cadre de cette « psychiatrie ouverte ». Parmi les éléments les plus significatifs, J. Dayan (69), retient que :

- la psychiatrie périnatale est une psychiatrie d'urgence. Une prise en charge efficace implique une évaluation psychiatrique au moins le jour même. Des troubles mis en évidence lors d'une consultation peuvent évoluer sans qu'on y prenne garde vers la constitution d'un état dépressif en l'absence de prise en charge rapide ;
- la formation et la sensibilisation des équipes participant aux soins somatiques est nécessaire, à la fois par une action de terrain incluant un travail d'explicitation des renseignements sur tous les cas adressés et par un enseignement systématique ;
- certains troubles doivent faire l'objet de recherche systématique, comme les antécédents d'accès maniaque ou de psychose puerpérale. Une démarche préventive est alors réalisée ;
- l'intervention du psychiatre ou du psychologue doit s'adapter au cadre de la grossesse et du *post-partum*. Les entretiens peuvent être pratiqués au lit de la femme comme en ambulatoire. Ils ne peuvent négliger ni les troubles physiques concomitants ni, plus généralement, le déroulement de la grossesse, ni l'état de l'enfant, ni l'environnement familial et tout particulièrement le conjoint ;
- la notion de réseau est indispensable : le soin est la fois transdisciplinaire (somatique, social et psychiatrique), flexible et souple (lieux éventuellement diversifiés de prise en charge, modalités complémentaires de soins, rythme adapté des entretiens), prolongé ou répété en cas de nécessité.

En ce qui concerne **les indications**, l'ouvrage *Psychopathologie de la périnatalité* (69) considère qu'il y a lieu de mettre en place des soins psychiatriques en cas de :

- **troubles maternels.** Les indications concernent la totalité des troubles psychiques maternels qui peuvent être traités en ambulatoire ou lors d'hospitalisations en service de gynécologie-obstétrique. Aucun motif ne justifie a priori d'attendre l'accouchement ni de surseoir à la prise en charge jusqu'à la sortie de la maternité. Tout retard compromet les possibilités d'adaptation de la femme à sa maternité, augmente les risques de décompensation dans le *post-partum*.
- **complications obstétricales ou néonatales.** Certaines complications obstétricales peuvent donner lieu à un soutien ou à un travail de guidance dès la période de la grossesse. Grossesse pathologique, décès périnatal, annonce d'un handicap, césarienne en urgence, nécessitent souvent une aide psychologique pour affronter le stress subi et éviter l'évolution vers un trouble constitué. L'intervention d'un psychiatre ou psychothérapeute est dépendante des soutiens alternatifs proposés aux parents, notamment par les sages-femmes, obstétriciens ou pédiatres, et de l'évaluation qui est faite de la souffrance de la famille.
- **perturbations de l'interaction mère-nourrisson.** Il s'agit de développer une action préventive, qui passe entre autres choses par une plus grande attention portée au cadre de soins. La prévention consiste à améliorer les conditions de confort, de transport et de maniement de l'enfant, l'utilisation d'analgésiques, le respect des rythmes propres, la multiplication des contacts non traumatiques avec la mère, la réduction de la séparation par l'hospitalisation conjointe, la formation des puéricultrices à la dimension psychique des soins et de l'accompagnement. Il convient également de se montrer attentif aux facteurs liés au bébé. L'hypo ou l'hyperstimulation des nourrissons par une mère anxieuse dépressive, l'inadéquation qualitative, peuvent être provoquées ou aggravées par des facteurs liés à l'enfant, tels un handicap sensoriel, une naissance prématurée, un Retard de Croissance Intra-Utérin. Ils nécessitent un accompagnement spécialisé et, dans les cas les plus difficiles, un travail en réseau débuté très tôt. Les facteurs liés aux parents doivent aussi être pris en compte. L'inadéquation qualitative, du fait de facteurs liés aux parents, notamment troubles psychiques, carences précoces, facteurs d'environnement défavorables, doit être évaluée pour qu'une prise en charge soit proposée dès la grossesse.
- **demande d'évaluation des compétences parentales.** Le psychiatre est sollicité pour évaluer les compétences parentales de jeunes mères présentant des facteurs de risque de dysparentalité. L'intérêt théorique d'une telle demande est bien sûr préventif. En l'absence de structures permettant une observation adéquate et sans personnel suffisant, le risque de stigmatisation sans soutien effectif est réel. La nécessité d'un travail en réseau, permettant la synergie des soutiens et la confrontation des observations, apparaît

alors indispensable. L'évaluation doit porter autant sur les capacités maternelles que sur la qualité des interactions et le développement du bébé.

Dans la première partie de l'ouvrage *Psychiatrie périnatale* de P. Mazet et S. Lebovici (90), Y. Gauthier s'intéresse aux **modalités d'intervention des psychiatres et psychologues en maternité**. Ces interventions peuvent se faire de façon très classique, selon le mode d'entrevues plus ou moins fréquentes en période de crise, avant ou après l'accouchement, avec des femmes enceintes chez qui la grossesse a réveillé des conflits ou des souvenirs douloureux, ou avec des parents qui réagissent très fortement à une naissance prématurée, à une maladie grave de leur nourrisson ou à la mort périnatale de leur enfant. Il n'y a pas de différence entre ces interventions et la pratique habituelle en psychothérapie psychanalytique.

Ces interventions peuvent aussi prendre la forme de psychothérapies brèves mère-bébé. B. Cramer et F. Palacio-Espasa (63) tentent d'expliquer les capacités de changement des représentations conflictuelles des mères en terme « d'instabilité du système parental et de la limitation du secteur pris dans la conflictualité parentale ». Dans le *post-partum*, le fonctionnement psychique parental présente une forme de hernie, une partie de son contenu se déversant hors de son habitat naturel, sur l'enfant qui devient une extension psychique extra-territoriale. La pathologie du système mère-enfant dans le *post-partum* est une néo-formation originale qui a un caractère spécifique, une structure en secteur qui n'envahit pas tout le fonctionnement psychique maternel, qui est instable et répond favorablement à des interventions plus ou moins brèves. Mais le travail du psychanalyste en maternité comporte un autre volet, au moins aussi important que l'intervention directe, qui est le travail indirect, que nous avons déjà détaillé.

- **Les unités d'hospitalisation parents-bébé**

L'histoire des hospitalisations mère-bébé remonte au milieu du XX^e siècle (69). Dès 1948, Main, psychiatre et psychanalyste britannique, expérimente au Cassel Hospital l'hospitalisation conjointe des mères présentant des pathologies modérées, dépressives ou anxieuses, et de leur bébé. Baker, au sein de la première unité mère-enfant, créée en 1959 au Banstead Hospital et comprenant huit lits, compare l'évolution de 20 femmes schizophrènes hospitalisées avec leur enfant à celle de 20 autres femmes schizophrènes hospitalisées sans leur enfant. Il met en évidence dans le premier groupe une durée d'hospitalisation raccourcie, des rechutes à six mois moins fréquentes et une conservation de la garde de leur enfant.

En France, sous l'influence de l'expérience anglaise, Racamier fut le premier à pratiquer des hospitalisations conjointes, plus particulièrement chez les mères psychotiques. La première unité mère-enfant fut créée en 1979 au Centre Hospitalier de Créteil, en région parisienne (49). Le

caractère expérimental de ces unités s'est poursuivi de façon lente et régulière, malgré l'absence de planification de leur développement dans un cadre raisonné (la circulaire de 1992 a suivi de dix ans la mise en place des premières unités d'hospitalisation conjointe). Si quelques unités se sont développées du fait de l'engagement de certains professionnels ou de certains secteurs, voire de certains établissements, nombre de régions en sont dépourvues, ce qui contraste avec le développement d'un travail de liaison et de partenariat pluri-institutionnel.

On distingue trois types d'unités :

- les unités spécifiques d'hospitalisation à temps plein,
- les unités spécifiques d'hospitalisation de jour dotées d'une équipe spécifique
- et les services de psychiatrie générale, dotés d'une capacité d'hospitalisation conjointe à l'intérieur d'un service non spécialisé.

En 2002, 21 unités, très inégalement réparties sur le sol français, avec deux tiers des places en région parisienne, représentaient une capacité d'accueil de 53 dyades à temps plein et 40 places en hospitalisation de jour (75).

L'enjeu de l'hospitalisation conjointe est de **créer un contexte propice au travail sur le lien mère-bébé**. Les situations de grand désordre psychique maternel suscitent chez les soignants des émotions et des fantasmes intenses. S. Nezelof (177) souligne que les clivages sont fréquents entre ceux qui redoutent l'effondrement de la mère en cas de séparation et ceux qui s'alarment pour la santé physique et psychique de l'enfant s'il reste avec elle. Ces clivages font d'ailleurs souvent écho aux tensions internes vécues par la mère. L'hospitalisation mère-bébé permet de se situer partiellement à l'abri de ces projections. Réalisée en dehors du tempo de l'urgence, l'hospitalisation mère-bébé offre un cadre contenant qui peut accompagner les mouvements régressifs de la mère, en même temps qu'il tente de procurer un environnement « suffisamment bon » pour assurer une continuité à l'enfant. En offrant une place à l'enfant réel, en favorisant l'émergence de mouvements affectifs authentiques, l'hospitalisation conjointe crée un écart entre la mère et le bébé, favorisant l'élaboration d'un lien. L'étayage externe qu'elle procure permet que mère et enfant entrent en relation sans se désorganiser.

Ce n'est donc pas tant le diagnostic psychiatrique maternel que la perspective et la possibilité de travailler sur le lien mère-enfant qui conditionnent les indications d'hospitalisation mère-bébé. Ce travail sur le lien, tant dans sa dimension comportementale que fantasmatique, a pour objectif que l'enfant soit perçu par sa mère dans son altérité. Que l'issue de ce rapprochement soit le maintien de l'enfant auprès de sa mère ou son placement, le but est dans les deux cas d'introduire un lieu intermédiaire, une médiation, qui permette que s'aménage un entre-deux entre la symbiose et la rupture. L'hospitalisation mère-bébé n'est jamais une fin en soi. Elle est un moment transitoire et temporaire, qui n'a d'intérêt qu'intégré dans un dispositif plus diversifié de prise en charge globale du nourrisson et de ses parents.

J. Dayan (69), distingue, bien que **les indications** ne soient pas standardisées, quatre principaux types d'indication :

- **les indications curatives** (190), en cas de pathologie maternelle clairement identifiée. Elles concernent avant tout des psychoses puerpérales, des troubles anxieux invalidants, de certaines dépressions non psychotiques et de décompensations délirantes chez des mères schizophrènes. Il peut s'agir également d'un état de crise sociale (divorce, chômage, transplantation culturelle...).
- **les indications préventives** (190, 177), en cas de trouble grave de la personnalité ou de pathologie chronique. Elles visent les femmes à haut risque psychologique (jeunes parturientes mal préparées, grossesses non désirées, circonstances difficiles, antécédents d'accident gravidique...), ou les femmes présentant une psychose chronique, une pathologie dépressive, un précédent épisode puerpéral.
- **l'évaluation des capacités parentales** doit également être prise en compte dans le cadre d'une prise en charge médico-sociale ou médico-judiciaire. Elle peut contribuer à la mise en place d'un projet thérapeutique pour la mère et l'enfant, plus rarement à une mesure de protection de l'enfant.
- **une guidance et/ou des psychothérapies** peuvent être mises en œuvre en cas de dysfonctionnement des interactions mère-enfant, de troubles fonctionnels persistants de l'enfant ou de difficultés maternelles à faire face à une affection ou à un handicap de ce dernier. Tous les troubles précités des précédentes indications donnent lieu à des soins psychothérapeutiques ou à une guidance.

Les contre-indications sont détaillées dans un article publié par l'équipe de pédopsychiatrie de Besançon (177). Il peut s'agir de :

- **demandes mal ciblées.** La gravité de certaines situations gravidiques ou puerpérales suscite parfois chez les intervenants, dont les mouvements émotionnels sont souvent à la mesure de la détresse du bébé ou des projections maternelles, des demandes pressantes et intempestives d'hospitalisation mère-bébé. Proposer une hospitalisation mère-bébé pour faire accepter des soins psychiatriques à la mère, l'envisager pour éviter à tout prix une séparation, l'utiliser dans des situations de détresse sociale comme lieu d'hébergement, sont autant de mauvaises indications, qui peuvent même obérer une véritable prise en charge de la mère ou de l'enfant.
- **contre-indications liées à la pathologie maternelle.** Les troubles graves du comportement ne contre-indiquent pas formellement l'hospitalisation mère-enfant mais justifient que le bébé ne soit admis auprès de sa mère que lorsque sa symptomatologie aura été contrôlée. Certaines pathologies, en revanche, s'accordent mal aux objectifs de travail en unité d'hospitalisation mère-bébé, comme les structures paranoïaques organisées, par exemple, puisque les mères vivent de manière

persécutive toute intervention thérapeutique et ne laissent pas d'accès au lien et encore moins à l'enfant.

- **contre-indications conjoncturelles liées à l'institution.** Certaines caractéristiques ponctuelles et conjoncturelles de l'institution peuvent conduire à surseoir provisoirement à une hospitalisation mère-bébé. Il peut s'agir, dans les services de psychiatrie générale, d'une hospitalisation concomitante de patients potentiellement dangereux pour le bébé, de mouvements rapides de personnel – notamment pendant les vacances – qui risqueraient de soumettre le bébé à une discontinuité des soins, ou, pour les unités dont le recrutement géographique est très étendu, d'un éloignement du père ou des intervenants médico-sociaux de terrain qui risquerait d'entraver l'indispensable travail de liaison d'amont et d'aval.

L'objectif de l'hospitalisation mère-bébé n'est pas de maintenir à tout prix le bébé auprès de sa mère, mais plutôt de permettre un travail sur le lien qui les unit, quel qu'en soit le devenir. Les indications sont donc largement conditionnées par les possibilités de travail sur ce lien et par ses possibilités d'évolution. Avant chaque admission, il importe d'évaluer les bénéfices et les risques pour le bébé, sa mère et son père. L'admission dans ces unités doit s'inscrire dans un **projet global de soin**. En effet, il s'agit d'un outil thérapeutique qui ne prend sens qu'articulé avec les autres dispositifs de soin et de prévention organisés autour de la mère et de son enfant.

Le but de ces unités est d'accueillir une mère avec son bébé, parfois dès la grossesse, pour favoriser l'établissement d'un lien de qualité suffisante entre la mère et l'enfant, malgré les graves difficultés psychiques, passagères ou plus durables, de la mère ou des parents. Il s'agit, selon F. Poinso et M. Rufo (182), de construire un cadre susceptible de favoriser l'établissement d'un lien entre les parents et leur enfant, d'évaluer certains troubles graves de la relation mère-père-bébé pour proposer des mesures adaptées et, en cas de maladie mentale connue avant la naissance de l'enfant, il s'agit de tenter de prévenir un trouble prévisible de la parentalité. L'accord explicite des parents à ce projet est indispensable. Dans ce sens, même si une évaluation des difficultés est nécessaire (évaluation qui peut se faire en partenariat avec les autres intervenants médico-sociaux concernés par cette famille), cela ne prend jamais la forme d'une expertise, au sens d'une synthèse écrite et définitive : c'est le projet de soins qui reste la référence majeure.

N. Garret, pédopsychiatre au Centre Nantais de la Parentalité (157), souligne que la position la plus acceptable pour créer les conditions du soin est de s'allier à la souffrance plutôt qu'à la défaillance. Ces unités sont un lieu privilégié d'observation des interactions précoces parents-bébé, le plus souvent selon la méthode d'observation directe des bébés définie par E. Bick (123). C'est une **observation « participante »** qui vise à contenir les émotions et les tensions anxieuses du bébé et de sa mère, et qui s'inscrit dans la continuité. La mère emprunte le regard de l'observateur pour examiner la relation qu'elle a avec son bébé. Ce processus, favorisé par une

projection d'une partie de l'objet interne maternel dans la tête de l'observateur, ouvre la relation à une autre forme de dialogue, à une attention à l'objet externe (le bébé).

Le soin est conçu autour de la capacité contenante des infirmières, elles-mêmes contenues par le cadre thérapeutique (soutien des prises en charge et reprises des observations thérapeutiques par les pédopsychiatres et/ou psychologues), afin de restaurer la relation d'objet. Le principe initial de l'accueil consiste à ne pas se substituer aux parents dans les soins quotidiens au bébé. Les soignants adoptent une attitude de réserve et de disponibilité, accompagnent les mères dans les moments ressentis comme angoissants, mais peuvent cependant accepter les demandes de suppléance quand la mère le sollicite.

La continuité du quotidien amène un certain nombre de mères à accepter de manière plus réaliste leurs difficultés et à rechercher avec l'équipe soignante la solution la plus adaptée à leur situation. Il n'est question ni de modifier le fonctionnement psychique du parent dans son ensemble, ni de modifier profondément la structure naissante du bébé. En revanche, il faut être sensible au croisement interrelationnel entre les représentations et projections maternelles, les symptômes et le fonctionnement de l'enfant. L'attitude observatrice contenante procure chez le soignant une sensibilité aux formes et aux qualités sensorielles des échanges. Il est présent aux côtés de la dyade pour soutenir et atténuer les dysfonctionnements, c'est-à-dire percevoir autant les amalgames ou les projections maternelles que les difficultés de l'enfant dans ses modalités interactionnelles.

- **Des insuffisances en matière de psychiatrie périnatale**

A l'heure actuelle, les acteurs impliqués dans la sphère périnatale s'accordent pour dire que la psychiatrie périnatale ne bénéficie pas encore d'une prise en compte suffisante. Cela tient à un double manque : d'une part un manque de moyens, d'autre part un manque de reconnaissance de l'importance de ce domaine. Il convient donc de travailler à une réduction de ces manques.

Le manque de moyens et de personnels est avant tout souligné par M. Delour. Dans le chapitre intitulé « Plaidoyer d'un pédiatre de santé publique pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale » (68), elle déplore que les intersecteurs de psychiatrie ne disposent pas tous d'équipes spécialisées dans la période périnatale et la très jeune enfance alors que les prise en charge mère-enfant, les techniques de travail en groupe, le soutien des équipes sont pourtant indispensables à une bonne efficacité des actions précoces. Malgré la conviction de beaucoup d'équipes du bien-fondé de telles démarches, il faut bien dire aujourd'hui que de réelles difficultés se posent pour les mener à bien, souvent du fait des moyens insuffisants dont elles disposent, de la dramatique pénurie de professionnels du secteur de la psychiatrie publique pour innover dans

ce sens. Les structures qui peuvent accueillir les jeunes mères et leurs nouveau-nés à la sortie de la maternité, pour permettre une évaluation plus fine des situations, soutenir précocement l'établissement des fonctions parentales, apprécier l'indication de séparation précoce, ou les aménager sans violence tout en sauvegardant des liens fragiles mais possibles, sont rares et surchargées.

Selon S. Missonnier, psychologue et chercheur (93), ce manque de moyens et de personnel n'est que le reflet du **manque de reconnaissance de la psychiatrie périnatale**. Il souligne que, si à ce jour l'identité clinique de la psychiatrie périnatale française est acquise, sa pleine reconnaissance dans la cité reste à acquérir. A l'évidence, le nombre de lits d'hospitalisation mère-bébé disponibles est très insuffisant. Mais, au-delà de la seule hospitalisation des dyades dont la mère présente un trouble grave de la puerpéralité, ces unités bénéficieraient d'être conçues à l'avenir comme des institutions interdisciplinaires dédiées à une action beaucoup plus large : l'accompagnement des dysfonctionnements - des plus légers aux plus sévères - de la parentalité, de la relation précoce et du développement du nourrisson. Dans ce cadre, tous les acteurs concernés devraient pouvoir trouver une place légitime : la mère et l'enfant bien sûr, mais aussi le père, les grands-parents et les personnes ressources de la famille. La situation privilégiée de ces cellules originales, indissociable d'un réseau interdisciplinaire, devrait être demain un gage de diffusion des connaissances en santé mentale périnatale et de flexibilité des interventions. Dans cette optique, leur implantation en hôpital général paraît nettement préférable à un environnement psychiatrique pour défendre des objectifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire. La reconnaissance par les pouvoirs publics de l'efficacité thérapeutique de ces lieux de soins est une étape incontournable de leur essor. L'évaluation des actions entreprises, exigées par les tutelles, est la condition *sine qua non* de cette croissance. Réalisme politique et intérêts cliniques devraient s'allier au profit de projets de recherches-actions bénéfiques pour la maturation des réseaux et l'obtention de moyens accrus.

3 – « PAS A PAS », UN FILM SUR L'HISTOIRE DE FLAVIE

Etudier de manière synthétique les problèmes spécifiques que peuvent rencontrer les femmes, les couples et leur enfant au cours de la grossesse ou de la petite enfance est indispensable à la mise en œuvre de prises en charge adaptées. Toutefois, une étude globale ne s'avère pas pour autant suffisante, puisque les situations de chacun doivent toujours être prise en compte au cas par cas, si l'on veut instaurer des pratiques de prévention et de soin optimales. Il convient donc de se montrer attentif à la spécificité des problèmes qui peuvent entrer en jeu au cours de la période périnatale, mais plus encore à la spécificité de chacune des histoires familiales.

Bien entendu, il est impossible de rendre compte du vécu de chacun dans une thèse, tant les situations sont complexes et singulières ! J'ai donc fait le choix de m'intéresser à une histoire, celle de Flavie, pour montrer de manière concrète la façon dont un réseau périnatal aguerri peut répondre à la spécificité d'une situation. Grâce au film *Pas à pas* – joint à la thèse –, que j'ai réalisé avec d'autres, je voudrai rendre compte, à partir d'un cas unique, des réussites que peut susciter un travail en réseau efficace. De plus, je pense que l'analyse de cette histoire est riche d'enseignements et montre de quelle manière il serait possible d'aider d'autres familles, aux problèmes certes différents.

Afin de rendre compte de manière claire des articulations et des rebondissements du travail en réseau, j'ai choisi d'aborder l'histoire de Flavie « pas à pas », c'est-à-dire sous un angle à la fois narratif et chronologique – frises chronologiques jointes à la thèse –, en distinguant la période prénatale de la petite enfance. De plus, j'ai privilégié une approche tentant de distinguer les différents professionnels qui sont entrés en jeu dans les décisions opérées.

- Bien entendu, Flavie est au centre de cette histoire, puisque le travail du réseau a, avant tout, visé son bien être, son bon développement, et la mise en place de relations de qualité avec ses parents.
- S'intéresser au comportement des parents est également essentiel pour saisir la complexité de l'histoire.
- Enfin, les acteurs du réseau de périnatalité, conjointement avec les services juridiques, ont orchestré cette histoire familiale au gré de ses rebondissements, travaillant de concert avec Flavie et ses parents.

3.1- UN SUIVI REGULIER POUR UNE SITUATION A REBONDISSEMENTS

La préparation de la venue au monde de Flavie
--

frise chronologique n°1

Une grossesse dans un contexte difficile...

Madame C., 36 ans, est enceinte pour la quatrième fois, fin 2003. Elle vit depuis plusieurs années avec monsieur D., son nouveau compagnon, qui, lui, n'a pas d'enfant. Le couple est stable. L'un et l'autre ont un passé psychiatrique lourd et perçoivent chacun l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

Madame C. présente des séquelles de graves troubles de la personnalité. Hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie, elle bénéficie toujours d'un étayage important en Centre Médico-

Psychologique (CMP). Elle est prise en charge en hôpital de jour, en ergothérapie ; elle a une curatelle renforcée et une aide-ménagère, car elle est incapable d'entretenir seule son logement qui est à la limite de l'insalubrité. Ses trois premiers enfants, âgés de 16, 15 et 14 ans au moment de la grossesse, sont placés depuis 11 ans en famille d'accueil, depuis l'époque où madame C. a décompensé sur la plan psychiatrique. Ils se développent bien et ont un lien de bonne qualité avec leur mère. Madame C. a toujours nié ses difficultés à s'occuper de ses enfants, mais elle a néanmoins de bonnes relations avec les familles d'accueil. Cette grossesse est désirée, et madame C. espère élever elle-même son enfant, ce qu'elle n'a pas pu faire avec les autres. Elle n'est pas consciente de ses difficultés psychologiques et surtout de l'incidence que pourrait avoir sa maladie sur l'équilibre psychique de l'enfant qui va naître.

Monsieur D. est atteint d'une schizophrénie assez invalidante. Il n'est plus hospitalisé à temps complet, mais reçoit des soins ambulatoires dans le secteur de psychiatrie générale. Il présente un apragmatisme entraînant lenteur de la marche et maladresse des gestes. Il reste très fragile, avec des éléments dépressifs associés. Il est cependant lucide, conscient de sa maladie psychiatrique. Il ne se sent pas capable d'élever un enfant et a très peur d'avoir un enfant schizophrène qui pourrait lui ressembler.

La collaboration entre l'obstétricien et la pédopsychiatre

La grossesse est suivie par le docteur C. Barreteau, obstétricien au Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche-sur-Yon, dans le service des grossesses à risque. En janvier 2004, il conseille à madame C., alors enceinte de 4 mois, une consultation avec le docteur A. Halimi, pédopsychiatre au Centre du Tout Petit - Donald Winnicott, qui travaille en partenariat avec le CHD. Madame C. est d'accord pour être aidée et des visites à domicile avec J. Gendronneau, infirmière en psychiatrie au Centre Winnicott, sont instaurées au mois de mars, de façon hebdomadaire, pour préparer l'arrivée du bébé. Compte tenu de la maladie psychique des deux parents et des antécédents de placement des autres enfants, une hospitalisation mère-bébé en hôpital de jour est envisagée dès la naissance de l'enfant. Ces soins en pédopsychiatrie auront pour objectif de soutenir l'établissement des liens mère-enfant, d'aider madame C. à prendre soin de son bébé et d'évaluer ses capacités à s'occuper de son enfant.

Tous les intervenants se réunissent

Les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont informés de cette nouvelle grossesse. Une concertation est rapidement organisée entre le service de pédopsychiatrie, le service de psychiatrie adulte (psychiatre de madame C., infirmiers référents de monsieur D. et de madame C.) et le service de PMI. Les avis divergent : les représentants des services de psychiatrie adulte sont inquiets et très pessimistes sur les capacités du couple à

s'occuper d'un enfant. Les professionnels de pédopsychiatrie souhaitent, quant à eux, se donner le temps d'évaluer la situation quand l'enfant sera né, tout en restant très vigilants, afin de favoriser l'établissement des liens mère-enfant et d'éviter un placement trop rapide.

Un premier signalement

Alors que madame C. est enceinte de cinq mois, un signalement au Juge des enfants est effectué par le docteur F. Videau, sa psychiatre, que la situation inquiète. Elle signale qu'en raison de sa pathologie, madame C. sera certainement en grande difficulté pour prendre en charge son bébé à domicile.

L'arrivée du bébé est soigneusement préparée

Un mois plus tard, une nouvelle concertation entre tous les intervenants est organisée. Devant l'inquiétude partagée, un accueil en Centre Maternel est envisagé pour madame C. et son enfant dès la naissance. Madame C. y resterait à temps complet et pourrait donc être aidée dès que ce serait nécessaire. Le docteur Halimi reçoit le couple en consultation : tous deux adhèrent au projet et visitent le centre d'accueil retenu, la Maison d'Ariane, quelques semaines avant la naissance. Cet accueil en Centre Maternel est préparé avec l'équipe de la Maison d'Ariane. Le suivi obstétrical est très régulier, rythmé par des hospitalisations de jour dans le service des grossesses à risque, en raison de la pathologie psychiatrique, mais aussi de la découverte d'un diabète gestationnel.

La naissance de Flavie et sa petite enfance
--

frise chronologique n°2

Le 23 mai 2004, madame C. accouche sans difficulté d'une fille prénommée Flavie, qui pèse 2 560 g et mesure 45 cm. Flavie ne présente pas de problème somatique et est nourrie au biberon. Quelques jours plus tard, une stérilisation par ligature des trompes est réalisée, conformément à la demande que madame C. avait formulée pendant sa grossesse. L'hospitalisation en suites de couches dure, comme prévu, une semaine. L'équipe de la maternité est attentive aux soins apportés par madame C. à Flavie et aux interactions mère-enfant. L'infirmière référente de pédopsychiatrie et la puéricultrice référente de la PMI lui rendent visite. Les premiers jours se passent plutôt bien et la sortie au Centre Maternel est envisagée.

Un étayage rapproché

Une semaine après la naissance, madame C. et Flavie quittent la maternité et entrent à la Maison d'Ariane. Madame C. est étayée par l'équipe du Centre Maternel, présente jour et nuit, les visites régulières de l'infirmière référente du Centre Winnicott, de la puéricultrice de la PMI, de l'équipe de psychiatrie générale et de l'assistante sociale de l'ASE notamment. Flavie a trois semaines quand commencent les soins à l'unité parents-bébé, une journée par semaine, dans le but d'observer et d'accompagner les relations mère-bébé et d'évaluer les capacités de madame C. à s'occuper de sa fille. Il est décidé que monsieur D. viendra lui aussi, une fois par mois, le matin, au Centre Winnicott.

Une observation attentive inquiétante

Flavie se développe bien sur le plan somatique, elle boit bien ses biberons, n'est jamais malade. C'est un bébé « sage », qui dort beaucoup, qui pleure très peu et suce souvent son pouce. Les différents intervenants observent des difficultés chez madame C., qui essaie de bien faire, mais qui a du mal à prendre Flavie en charge. Si elle n'est pas physiquement en danger (les parents ne manifestent pas de violence et les soins de base sont correctement assurés), Flavie est soumise à une attention très discontinue : madame C. peut par moments être enveloppante, avec des gestes tendres accompagnés de mots adaptés, comme être « absente » à d'autres moments, soit physiquement parce qu'elle sort fumer, soit dans son attitude lorsqu'elle est absorbée par ses pensées. Elle a du mal à percevoir les besoins de son enfant, elle n'anticipe pas ses réactions. Le *holding* n'est pas sécurisant. Elle participe très peu à son éveil, lui parle peu, ne joue pas avec elle. On note un décalage entre les propos de madame C., qui sont très adaptés (elle semble tout bien faire) et la réalité du quotidien, bien plus inquiétante. Malgré tout, les parents souhaitent continuer à s'occuper de Flavie, ils n'envisagent pas la possibilité qu'elle puisse être placée en famille d'accueil.

Des difficultés supplémentaires

Flavie a un mois quand une nouvelle concertation a lieu. Devant l'absence de danger immédiat et malgré les difficultés observées, il est décidé que l'accueil au Centre Maternel de madame C. et de Flavie sera poursuivi tout l'été. Mais madame C. souhaite un assouplissement du cadre et elle décide d'employer une assistante maternelle de la PMI pour s'occuper de Flavie deux demi-journées par semaine, en contrat de droit privé. Puis en septembre, madame C, qui supporte mal d'être séparée de son compagnon, demande à ce que soit ajoutée une nuit par semaine. Madame C. a du mal à accepter les aides, elle se sent persécutée par l'infirmière référente du Centre Winnicott et par sa curatelle. Elle écrit même une lettre au Président de la République, pour se plaindre de sa situation.

Un nouveau signalement

Fin septembre, alors que Flavie a presque quatre mois, une nouvelle concertation entre les différents intervenants a lieu. Les difficultés de monsieur D. et madame C. pour s'occuper seuls de Flavie sont mises en avant. Un courrier conjoint est écrit à l'Aide Sociale à l'Enfance en vue d'une demande de placement provisoire : « Dans le cadre des soins, il a été constaté que madame C. est en difficulté dans la relation et les soins du bébé. C'est Flavie qui doit s'adapter aux failles de sa maman. Parfois madame C. est tout à fait disponible et psychologiquement attentive à Flavie ; à d'autres moments, prise par sa problématique, on note une rupture relationnelle avec Flavie, ce qui entraîne une discontinuité du *nursing* et de l'interaction. Le portage du bébé ne semble pas toujours adapté, créant un *holding* peu sécurisant. Par ailleurs, nous craignons que le manque de stimulation ne compromette l'éveil de Flavie et son épanouissement intellectuel. Après concertation avec les différents intervenants (maternité, PMI, Maison d'Ariane, psychiatrie générale, éducateur ASE), nous avons conclu à une impossibilité que monsieur D. et madame C. aient la garde de Flavie ».

La demande de placement provisoire

Le dossier est passé en Commission enfance-famille, au Conseil Général, le 23 septembre 2004, et le projet retenu, après un long débat entre les différents intervenants, est de proposer le placement de Flavie dans un cadre administratif. Mais madame C. refuse de signer l'accueil provisoire de leur fille. Elle souhaiterait mettre son enfant jour et nuit chez une assistante maternelle, mais pas par le biais de l'ASE. Monsieur D., lui, n'est pas opposé au placement. Finalement, devant l'absence de coopération des parents, un nouveau signalement et une demande de placement judiciaire sont réalisés par madame Abdallah, chef de secteur de l'ASE.

Le placement judiciaire de Flavie, l'hospitalisation de madame C.

Flavie est alors placée à temps complet dans la famille d'accueil de la PMI qui l'accueillait ponctuellement deux demi-journées par semaine depuis le début de l'été ; elle a presque cinq mois. Dans le même temps, madame C. quitte la Maison d'Ariane et rentre à son domicile. Début novembre, madame C. décompense. Elle est alors hospitalisée en urgence en psychiatrie au CHS de la Roche-sur-Yon et, pour des raisons administratives, Flavie doit être placée dans une autre famille d'accueil recrutée par l'ASE et non par la PMI. Dans les locaux du Conseil Général, Flavie passe d'une famille d'accueil à l'autre.

Flavie en famille d'accueil

Flavie s'habitue progressivement à sa nouvelle famille d'accueil. Selon l'assistante familiale, elle est toujours très « sage », dort beaucoup, pleure très peu, mais ne sourit pas et ne semble pas très intéressée par les jouets. Les visites à domicile des infirmières référentes de pédopsychiatrie et de PMI continuent régulièrement dans la famille d'accueil. Trois semaines plus tard, une consultation est prévue avec le docteur Halimi et il est décidé de reprendre les soins en pédopsychiatrie au Centre Winnicott, une fois par semaine, avec madame C. qui a quitté l'hôpital et va mieux.

Le premier jugement et une nouvelle hospitalisation de madame C.

Une nouvelle concertation a lieu six mois plus tard, en juin 2005. Tous les intervenants sont favorables au maintien de Flavie dans sa famille d'accueil. Elle se développe bien, marche presque, peut maintenant rire aux éclats, jouer avec enthousiasme. Les journées au Centre Winnicott sont riches. Madame C. et Flavie se montrent très attachées l'une à l'autre. Les soins apportés par madame C. sont toujours discontinus et elle a besoin d'être soutenue. Flavie doit s'adapter à sa maman et on note que son comportement est différent avec sa maman et avec l'assistante familiale qui l'accueille.

Lors du jugement, en octobre 2005, il est décidé que, pour les six mois suivants, Flavie restera dans sa famille d'accueil et ira au domicile de ses parents les vendredis matins, en présence d'une Travailleuse en Intervention Sociale et Familiale (TISF). Les soins à l'unité parents-bébé sont maintenus une fois par semaine. Au moment du jugement, madame C. décompense à nouveau et doit être hospitalisée en psychiatrie.

L'évolution est favorable

Le rythme s'installe progressivement : Flavie vit dans la famille d'accueil et voit sa maman tous les lundis à l'hôpital de jour (accompagnée de son papa une matinée par mois) et ses deux parents, à leur domicile, tous les vendredis matin, en présence de la TISF. Les visites à domicile sont maintenues régulièrement, dans la famille d'accueil et chez les parents, par les infirmières référentes de pédopsychiatrie et de PMI. En décembre 2005, trois mois après le jugement, Flavie est vue en consultation par le docteur Halimi. Elle a un an et demi et son évolution est rassurante, tant sur le plan somatique que psychique.

En février 2006, une nouvelle concertation rassemble le service de pédopsychiatrie, l'ASE, la PMI, et les services de psychiatrie adulte. La commission enfance-famille se réunit au Conseil Général quelques jours plus tard. Le compte-rendu de cette commission est transmis au juge des enfants en demandant le renouvellement du placement de Flavie pour deux ans, compte tenu de la

pathologie lourde de ses parents. « Flavie évolue plus que favorablement dans son lieu d'accueil grâce à l'étayage, l'intervention et la concertation de tous les intervenants. Concernant les liens avec ses parents, ils sont essentiels et à maintenir en l'état, en présence de la TISF qui rend la visite sécurisante tant pour Flavie que pour ses parents ».

Le deuxième jugement maintient les choses en l'état

Le jugement du mois de mars 2006 maintient le placement dans la famille d'accueil pendant 2 ans, les visites de Flavie au domicile de ses parents le vendredi de 9h30 à 12h45 en présence d'une TISF et les soins au Centre Winnicott une journée par semaine. Madame C. supporte mieux le jugement. Son état psychique est plus stable, elle ne se sent plus persécutée. Les relations avec la famille d'accueil sont bonnes.

Le film « Pas à pas »

J'arrive dans le service en mai 2006 et le docteur A. Halimi me propose, dès le début de mon stage, de réaliser, avec A. Cailleau, interne en psychiatrie, un film sur la situation de Flavie. Les parents adhèrent immédiatement au projet et donnent rapidement leur accord. Le support audiovisuel est un outil de travail fréquemment utilisé en psychiatrie et, avec l'aide de P. Gaborit, responsable du service audiovisuel du CHS, nous demandons et faisons signer les formulaires de consentement aux parents, à la famille d'accueil, au médecin chef de la PMI, au chef de secteur de l'ASE, et au docteur Barreteau.

Je commence donc à filmer Flavie au Centre Winnicott le 23 mai, jour de ses deux ans. Elle est accompagnée par son papa et sa maman qui ont apporté un gâteau d'anniversaire et un cadeau. Nous fêtons l'anniversaire avec les trois autres enfants hospitalisés ce jour-là avec leurs mamans, et avec l'équipe des infirmières. Flavie souffle ses bougies avec entrain, mange du gâteau avec plaisir et ouvre son cadeau sous le regard fier de ses parents. Les prises de vue avec le caméscope se poursuivent tout au long de la journée : bain avec monsieur D. et madame C., séance de psychomotricité, jeux, promenade autour du lac... La semaine suivante, je filme à nouveau l'arrivée de Flavie avec Jean, le mari de l'assistante familiale et les retrouvailles avec madame C., le temps du repas, les dessins, les jeux dans le bac à sable et surtout le départ du Centre, qui implique la séparation d'avec sa maman et le départ dans la famille d'accueil. Puis, A. Cailleau et moi-même organisons des entretiens avec les différents intervenants, accompagnés de P. Gaborit, qui filme. Nous nous entretenons avec la famille d'accueil, chez eux, avec mesdames Autissier et Pogu, puéricultrices de PMI, au centre médico-social du Poiré-sur-Vie, avec le docteur Guiller-Sitbon, médecin de PMI, avec le docteur Barreteau, à la maternité du CHD de la Roche-sur-Yon, avec madame Labrousse, assistante sociale de l'ASE, au Conseil Général de Vendée et avec le docteur Videau, psychiatre de madame C., dans un service de psychiatrie du CHS de la Roche-sur-Yon.

3.2 - UNE HISTOIRE RICHE D'ENSEIGNEMENTS

Cette histoire clinique rend compte du bon fonctionnement du réseau périnatal en Vendée. En effet, les conditions initiales étaient particulièrement difficiles et le travail précoce, multidisciplinaire, a permis d'instaurer une situation qui convient à chacun : à Flavie, qui grandit bien ; à ses parents, qui ont fini par accepter le placement ; et aux intervenants, qui sont désormais moins inquiets.

- **Collaborer pour une prise en charge « sur mesure »**

Les intervenants sont unanimes pour dire qu'aucun d'entre eux n'aurait pu intervenir seul dans cette histoire clinique qui nécessitait une approche non seulement pluridisciplinaire, mais aussi pluri-institutionnelle. Ce réseau, constitué il y a une dizaine d'années, est composé d'intervenants qui se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble autour des familles en situation difficile. Ils ont développé un principe de « culture partagée » qui crée un climat de confiance. Ainsi, ce réseau s'est révélé suffisamment solide pour éclairer les logiques des uns et des autres et dépasser les *a priori* respectifs. Cette situation qui apparaissait d'emblée à haut risque pour le développement de l'enfant à naître a mobilisé chez les intervenants des affects contre-transférentiels intenses et contrastés, mais aussi des inquiétudes et des moments dépressifs particulièrement actifs. Chaque intervenant a pu exprimer son point de vue et toutes les décisions importantes ont été prises en commun. On peut considérer que le fait de réfléchir ensemble, dans une perspective la plus globale possible, sans se perdre dans les ruptures que provoquent souvent les distinctions institutionnelles, a permis de protéger le bébé de la toute-puissance de chacune des institutions et autorisé l'émergence du « bébé réel ». En effet, le risque est grand de se laisser happer par la pathologie parentale et submerger par les projections les concernant, oblitérant alors la place de l'enfant et le but princeps, l'équilibre psychologique de celui-ci. Le réseau a joué un rôle contraphobique et sécurisant ; il a suscité une mise en cohérence de synergies positives.

Ce travail en réseau de tous les partenaires a permis d'élaborer une stratégie adaptée à la spécificité de cette situation, stratégie qui a pu être modulée au fil du temps et des rebondissements. En effet, dans ce type de situation, il n'est pas possible d'appliquer un « protocole » et il est nécessaire de s'adapter, en permanence, aux réactions et aux comportements des parents qui ne sont pas toujours prévisibles et qui peuvent surprendre, dans le bon comme dans le mauvais sens. Dans cette situation, les différents intervenants se sont montrés particulièrement ouverts et confiants envers leurs collègues, disponibles pour des concertations urgentes, provoquées par des rebondissements imprévus.

- **Anticiper, mais se donner le temps d'observer**

Les grossesses de femmes, qui, comme madame C., présentent des pathologies mentales antérieures à la grossesse, posent souvent des problèmes au psychiatre comme à l'obstétricien et les collaborations sont particulièrement difficiles. Les rencontres pendant la grossesse, période si particulière sur le plan psychique, ont favorisé l'établissement d'un climat de confiance, catalysant les alliances qui servent de base au travail en partenariat. Les collaborations établies pendant cette période ont permis d'anticiper le moment de l'accouchement, qui n'a pas eu lieu dans des conditions de précipitation et d'urgence. Les visites à la maternité d'un membre de l'équipe psychiatrique - l'infirmière référente - et d'un membre de l'équipe de PMI - la puéricultrice référente - que madame C. connaissait déjà, la préparation de l'équipe obstétricale dans le respect de la relation établie avec la mère, l'anticipation des conditions de sortie mais aussi la suspension des prédictions pour permettre la rencontre entre la mère et son nouveau-né ont permis un travail satisfaisant, qui s'est opéré dans de bonnes conditions.

Néanmoins, devant cette situation complexe et angoissante, se donner un temps d'observation a été primordial. Il a permis aux équipes de prendre le temps de mieux se représenter ce que cette mère-ci, ce père-ci pouvaient leur demander, quelles ressources ils pouvaient mobiliser et quelles aides ils pouvaient accepter de la part des soignants. Tout cela renvoie à une certaine éthique du soin qui n'est certes pas confortable mais qui permet de construire au plus long terme. Bien entendu, ceci n'a été possible que parce que tous les intervenants partageaient ce point de vue et que les conditions de sécurité étaient assurées pour Flavie : accueil jour et nuit en Centre maternel, étayage important par tous les intervenants, soins en pédopsychiatrie...

- **Reconnaître les identités parentales pour élaborer la séparation**

Dans une situation comme celle-ci et compte tenu des antécédents de madame C., tous les intervenants doutaient, dès la grossesse, des capacités du couple à prendre leur enfant en charge, et ils auraient pu être tentés d'organiser un placement en famille d'accueil dès la naissance. Penser malgré tout la parentalité possible et surtout l'étayer a permis de préserver des liens d'attachement entre Flavie et ses parents, en favorisant l'intériorisation des imagos parentales et l'établissement d'un ajustement suffisamment souple, dans une bonne distance avec eux. Les parents ont été reconnus, aux yeux de tous, dans leur identité parentale, avec leurs compétences mais aussi leurs limites, et la vie de Flavie s'est organisée avec eux et non contre eux. Cette situation montre combien il est important que se maintiennent les représentations de la mère comme mère possible et du père comme père convenable pour le bébé.

La séparation finalement réalisée entre Flavie et ses parents s'est faite avec une certaine élaboration, dont les parents et l'enfant garderont une trace dans leur histoire personnelle et non

comme une décision arbitraire et totalitaire. Ceci a été possible parce que les différents intervenants ont en tête les parcours si éprouvants d'enfants arrachés à leur mère et allant de placement en placement, et de mères répétant les grossesses avec l'espoir chaque fois renouvelé qu'elles pourront garder l'enfant à venir. Ces équipes sont convaincues des bénéfices d'un soin précoce et prolongé de la relation mère-enfant, en grande partie parce qu'elles l'ont déjà expérimenté ensemble. C. Bursztejn rappelle que la séparation de la mère et de l'enfant ne saurait être envisagée de manière systématique : « le destin des enfants retirés de leur famille, quels qu'en soient les motifs, reste encore souvent plein d'aléas, avec le risque de multiples discontinuités relationnelles, dont la potentialité pathogène est reconnue. On sait aussi les dangers que comportent, pour la constitution de l'identité du sujet, la rupture des liens familiaux et la perte de l'accès aux repères transgénérationnels ».

Flavie va entrer à l'école dans quelques mois. Il est envisagé que les soins en pédopsychiatrie soient interrompus afin qu'elle puisse débiter l'école comme tous les autres enfants. Cela inquiète un peu les parents qui ne la verront plus qu'une demi-journée par semaine. Mais, de l'avis de tous, elle va bien. Et, après avoir été au centre de tous les regards pendant ses deux premières années et même avant sa naissance, elle aurait sans doute besoin, aujourd'hui, d'être considérée comme une petite fille comme les autres.

CONCLUSION

DES PREMIERS BILANS AUX NOUVEAUX DEFIS...

Au terme de ce travail de thèse, l'entretien prénatal précoce, encadré par un réseau périnatal comprenant un ensemble d'acteurs des sphères médico-psycho-sociales, (dont le gynécologue obstétricien), nous paraît présenter un **intérêt essentiel**. Sachant que la sécurité globale repose sur la conjonction de la sécurité médicale et de la sécurité psychique, les situations gagnent à être appréhendées dans leur globalité. C'est bien de la confrontation des deux logiques, organique et psychologique, qu'émerge actuellement une **conception globale** de la place des différents professionnels autour des mères, des pères et des bébés, dans cette période cruciale de la périnatalité.

En effet, la **période périnatale** dans son sens large, c'est-à-dire étendue de la grossesse à la première ou deuxième année de l'enfant et non aux seuls vingt-huit jours de la définition restrictive, est une période clé dans l'instauration de liens de qualité entre la mère, et plus largement le couple, et l'enfant. Elle est essentielle à plusieurs titres : pour la mère d'abord, puisque la « transparence psychique » propre à cette période la rend particulièrement réceptive à des aides, si elles sont nécessaires ; pour l'enfant ensuite, puisque l'établissement de liens d'attachement de qualité, avant et au cours de sa première année de vie, s'avère décisif pour le reste de son enfance, et plus largement pour le reste de sa vie.

L'**entretien prénatal précoce** apparaît comme une mesure adéquate pour mettre en œuvre une action préventive efficace. Il permet de rechercher très tôt les difficultés éventuelles, médicales, psychiques ou sociales, qui pourraient affecter la venue au monde de l'enfant et ses premières années de vie. Toutefois, la condition *sine qua non* de la mise en œuvre d'une telle action est l'existence d'un **réseau périnatal de proximité** efficace, regroupant des acteurs issus d'horizons différents, prêts à travailler ensemble tout en gardant spécifiquement leur place. Les actions de ces professionnels devraient s'articuler autour de chaque famille, dans une cohérence de l'anté au post-natal. En effet, l'entretien n'a d'intérêt véritable qu'en tant que porte d'entrée ouvrant, si nécessaire, sur un suivi en aval. Un tel suivi suppose que les différents acteurs en présence communiquent et développent des moyens de transmission des informations permettant d'élaborer une vision globale de chaque situation.

C'est bien à la **spécificité de chaque situation** qu'il convient de répondre, par une prise en charge adaptée. L'enjeu de l'entretien n'est pas de se limiter aux seuls cas que l'on pourrait a

priori considérer « à problèmes », mais de se montrer plus généralement attentif à toutes les familles, en gardant à l'esprit que la naissance d'un enfant induit chez les parents une situation de crise, à même de provoquer ou de réveiller des troubles.

La mise en place de l'entretien prénatal précoce et du réseau de proximité dont il est indissociable est donc un véritable **enjeu de santé publique**. Elle représente une démarche innovante, dont la réussite repose sur un changement d'état d'esprit et une transformation des pratiques professionnelles, démarches qui ne peuvent se décréter mais qui ne pourront se généraliser que si les professionnels les comprennent et se les approprient. Actuellement cette mise en place rencontre de **sérieuses difficultés**, en dépit d'un accord quasi général sur l'importance de la prévention en périnatalité.

La première de ces difficultés est l'**insuffisance d'information** sur l'entretien prénatal précoce, qui est encore peu connu, tant des professionnels que des usagers. Or, il est dangereux de lancer un projet très innovant, donc potentiellement dérangeant, sans informer au préalable sur ses objectifs et ses modalités d'application : au mieux, les professionnels se montreront indifférents ; au pire, ils s'opposeront au changement. Ce déficit de communication tient pour partie aux **lacunes des textes officiels** : il est, par exemple, obligatoire de proposer l'entretien, mais pas de le réaliser, il n'est pas précisé qui est responsable d'en assurer la promotion. Il est fait constamment référence au « réseau », qui regroupe l'ensemble des acteurs de la périnatalité, mais aucun acteur n'est désigné en particulier et il y a confusion entre différents réseaux, ce qui induit une dilution dans la responsabilité du développement de l'entretien. Dans une logique de clarification, il est important de distinguer les réseaux régionaux de périnatalité, déjà bien développés, qui s'intéressent principalement aux problématiques de transferts inter-établissements en se focalisant surtout sur le haut-risque médical, et les réseaux de proximité, qui doivent encadrer l'entretien prénatal précoce, en considérant l'ensemble de la trajectoire de la grossesse. Un des objectifs du Plan Périnatalité est, en effet, de créer et développer des **réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital** en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance. Mais les modalités d'articulation - essentielles - entre ces réseaux restent à définir.

La **fonction de coordinateur de réseau**, qui est une question majeure, n'est pas clairement traitée. C'est une fonction résolument novatrice, en ce sens qu'elle allie, idéalement, la compétence administrative à la compétence médicale. Quel professionnel est le mieux placé pour être coordinateur de réseau ? Est-ce un professionnel expérimenté, qui connaît l'ensemble des acteurs, mais qui risque de s'entendre mieux avec l'un ou l'autre, qui a vécu des collaborations

plus ou moins fructueuses avec tel ou tel ? Est-ce un professionnel nouvellement arrivé, qui ne connaît pas les autres acteurs et n'a donc pas d'a *priori*, mais qui risque de ne pas être pris au sérieux ? Est-ce un administratif, qui aura l'avantage de la neutralité, mais qui ne partage pas la culture du soin ? Quel que soit son profil initial, on ne s'improvise pas coordinateur, et la question de la formation des professionnels à la coordination se pose de façon aiguë. Le coordinateur de réseau devrait être à même de promouvoir le partage des expériences, à la fois à l'intérieur même du réseau - car il ne s'agit pas tant d'individualiser un nouveau territoire que de favoriser le croisement des actions et la mutualisation des ressources existantes dans les différents espaces professionnels - et également entre les réseaux en construction. Plus largement, il serait intéressant de s'inspirer des approches d'autres pays, comme le Canada par exemple. Les informations sur le fonctionnement en réseau périnatal ne devraient pas venir seulement d'un cadrage national qui tendrait à imposer des manières de faire partout identiques, mais elles devraient aussi s'échanger entre réseaux, afin de pouvoir analyser, selon les particularités de chaque contexte local, quelle est la solution la mieux adaptée.

Enfin, les différents acteurs expriment leur **difficulté à trouver chacun sa place** au sein du collectif qu'est le réseau. Comme l'explique F. Molénat (215), « allier subjectivité et objectivité constitue un nouveau défi pour l'ensemble des acteurs de la naissance. Il s'agit de communication, d'émotion, de lien, de collaboration, d'entretien... sans outils matériels ni protocoles validés. Il n'est pas surprenant qu'un certain malaise ait envahi le monde périnatal. ».

Les **sages-femmes** semblent être en première ligne, mais elles éprouvent encore des difficultés à se sentir responsables de ce projet. L'incertitude professionnelle qui est la leur, du fait de l'élargissement progressif et pas toujours bien reconnu de leurs compétences, tient sans doute une place non négligeable dans ce problème.

Inversement, les **pédopsychiatres et psychiatres** sont les plus actifs dans la promotion de l'entretien et du travail en réseau. Leur omniprésence actuelle n'est pourtant pas un fait structurel : elle tient uniquement à la précocité avec laquelle ils ont reconnu l'importance d'un travail de prévention en périnatalité. Par ailleurs, cette surreprésentation du domaine psy ne signifie nullement que les autres acteurs doivent jouer à leur tour le rôle de psy, endossant une compétence qui n'est pas de leur fait. La présence de responsables soignants de qualité, de pédiatres intervenant en maternité, d'obstétriciens attentifs, de sages-femmes reconnues dans leur rôle devrait remettre les psys à leur juste place : soutenir l'investissement des professionnels de « première ligne » en les aidant à s'y repérer et n'intervenir qu'à la demande explicite de soins pour des parents déjà bien étayés.

Dans ce contexte général, la place des **gynécologues-obstétriciens** reste largement à définir – mais ce n'était pas le propos de cette thèse, dont l'unique ambition était de faire mieux connaître

l'entretien au sein de cette spécialité, afin d'aider à réfléchir collectivement aux problèmes délicats de sa mise en œuvre. Il apparaît que les gynécologues-obstétriciens, au même titre que les sages-femmes, ont une place à part auprès des femmes enceintes et des couples : naturellement présents lors du suivi de la grossesse et de l'accouchement, ils sont en première ligne pour les écouter, repérer des vulnérabilités éventuelles, voire proposer un accompagnement. Mais, à l'heure actuelle, leur engagement dans la mise en place de l'entretien prénatal précoce et du travail en réseau est plutôt modeste. Peut-être n'y voient-ils pas d'intérêt direct ? Peut-être sont-ils mal à l'aise avec cette approche subjective, bien loin de leur démarche scientifique habituelle, plus clairement rigoureuse ? Peut-être est-ce un reflet de rivalités anciennes et parfois persistantes entre sages-femmes et gynécologues ?

Les **pédiatres** ont évidemment un rôle tout à fait spécifique à jouer auprès des nouveau-nés, des bébés et de leurs parents. Après mon semestre en pédopsychiatrie, j'ai demandé à compléter mon modeste tour d'horizon des acteurs de la périnatalité par un semestre en pédiatrie, que j'effectue à la Roche-sur-Yon. Je trouve très enrichissant de changer ainsi de place et, notamment, de participer au travail en maternité au côté des pédiatres, de voir dans quelles situations ils sont amenés à travailler avec la PMI, l'ASE ou la pédopsychiatrie, d'observer quelles sont leurs difficultés à travailler en collaboration.

Enfin, les **services de PMI** ont, à mon avis, une place à part dans cette problématique : la Protection Maternelle et Infantile étant le domaine de la prévention par excellence, ils se situent à l'interface entre plusieurs champs : le médical (la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, la médecine générale, la médecine scolaire...), le psychologique (la pédopsychiatrie) et le social, et de ce fait ils travaillent nécessairement en réseau. Mais le manque de temps et de personnel, notamment sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, limite leur engagement dans les réseaux périnataux.

Outre ces difficultés inhérentes à la nouveauté de l'entretien prénatal précoce, qui renvoient à l'exigence d'une meilleure connaissance de la démarche et à la nécessité d'un réajustement des places de chacun, des **problèmes de fond, véritablement structurels**, semblent ralentir voire mettre en péril la mise en place efficace de l'entretien et du réseau périnatal. Le **manque de culture du travail en réseau**, chez les professionnels comme au sein des institutions, est un obstacle majeur. Actuellement, l'entretien prénatal précoce est soutenu par quelques personnes très motivées, dont l'engagement a été souvent mentionné dans cette thèse, mais aussi par de nombreux professionnels de terrain isolés et anonymes. Le risque est que ces bonnes volontés ne s'essouffent, si elles ne sont pas relayées par un effet d'entraînement plus général. Il est nécessaire que chacun reconnaisse ce que peut lui apporter le travail en réseau, en termes de

qualité de prise en charge pour les familles, d'échange et de partage entre les professionnels et, en conséquence, constate que cela aboutit à une diminution de sa charge de travail et à une meilleure efficacité. La levée des résistances intra-institutionnelles et interinstitutionnelles, qui empêchent la continuité des soins, est un préalable indispensable à la mise en place de l'entretien.

L'émergence d'une volonté partagée de travailler ensemble est bien évidemment nécessaire pour que les femmes enceintes et les couples se sentent intégrés dans le réseau périnatal de proximité. Mais cette volonté n'apparaîtra que si chaque intervenant est convaincu du bien-fondé de ces actions. L'attitude ambiguë de l'Etat qui lance des projets extrêmement ambitieux, avec des délais de mise en place très courts, mais sans s'en donner les moyens à la fois humains et financiers, introduit le doute dans les esprits : on se demande s'il y existe une réelle volonté politique de faire avancer les choses, ou uniquement une utilisation politicienne d'un thème à la mode.

Les **limitations financières** et les **lourdeurs administratives** pourraient handicaper fortement la promotion de l'entretien et la constitution de réseaux périnatals. Les politiques budgétaires nationales reflètent la difficulté à reconnaître, en France, l'importance de la période périnatale, alors même qu'il s'agit d'un moment clé en termes de santé publique, puisqu'elle induit des conséquences sur le long terme. Ainsi par exemple, c'est pour l'adolescence que sont effectuées les dépenses les plus importantes, au travers des politiques d'enseignement et d'éducation, tandis que la grossesse et les premiers mois de vie correspondent à la période de croissance la moins bien dotée financièrement. Dans ce contexte, les deux actions de santé publique - que constituent la mise en place de l'entretien prénatal et le développement de réseaux périnatals de proximité - traduisent un intérêt nouveau, qui mérite d'être souligné. Mais il est surprenant de constater que ces mesures, qui nécessitent évidemment des fonds importants, sont prises et appliquées de manière empirique, sans évaluation quantifiée des améliorations attendues ni des besoins nécessaires pour les réaliser. Pour renforcer leur poids, il paraît essentiel, comme l'ont déjà recommandé plusieurs rapports, de réaliser des **études scientifiques rigoureuses** démontrant l'efficacité de ces nouvelles pratiques.

La baisse toute récente des fonds alloués à la mise en place des réseaux de santé est alarmante. Comment promouvoir un projet de grande envergure, nécessitant l'implication de tous, sans les financements suffisants ? L'évaluation très sévère de l'IGAS (40), qui a contribué à justifier cette régulation budgétaire, a porté d'abord ses critiques sur le pilotage politique et administratif des réseaux de santé dans leur ensemble, et sur le poids des procédures bureaucratiques ; en revanche, elle a recommandé de soutenir le développement des réseaux périnatals de proximité, sur la base de bilans, plutôt encourageants, quoique difficiles à établir faute de données suffisantes. Il est donc nécessaire d'installer des outils d'accompagnement et de suivi, qui

permettent la collecte des informations indispensables au pilotage national et régional, mais avant tout qui donnent aux réseaux, dans leurs phases de préparation et de démarrage, les possibilités d'échange, de conseil et de formation dont ils ont besoin. L'Observatoire des réseaux de santé pourrait, si son fonctionnement était amélioré, offrir une telle plateforme.

Quoiqu'il en soit, il paraît prématuré de tirer dès maintenant un bilan global : la mise en place de l'entretien précoce et des réseaux périnataux de proximité suppose une large adhésion de tous les acteurs à cette nouvelle approche, et ne pourra donc se faire que sur la durée. Pour le moment, elle est encore en « chantier » : le retour d'informations, l'évaluation des pratiques et les premiers bilans ne devraient pas conduire à conclure trop hâtivement à son échec relatif, mais au contraire servir à guider la diffusion d'une politique innovante, respectueuse des enfants et des parents, dont elle cherche à servir la santé, c'est-à-dire le complet bien-être physique, mental et social.

BIBLIOGRAPHIE

CADRAGE NATIONAL

Textes législatifs et réglementaires

- 1) Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à *la politique de santé publique*.
- 2) Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux *droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- 3) Décret 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux *conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale*.
- 4) Décret 99-596 du 15 juillet 1999 relatif à *l'organisation sanitaire et modifiant le code de la Santé Publique*.
- 5) Décret 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux *actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier*.
- 6) Décret 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au *financement des réseaux*.
- 7) Décret 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux *critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la Santé Publique*.
- 8) Décret du 6 septembre 2006 modifiant l'arrêté du 29 mars 2006, relatif à *la répartition de la dotation nationale de développement des réseaux*.
- 9) Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux *Commissions Régionales de la Naissance*.
- 10) Arrêté du 11 octobre 2004 *modifiant la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux*.
- 11) Arrêté du 1^{er} mars 2006 *portant détermination de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour l'année 2006*.

- 12) Arrêté du 6 septembre 2006 modifiant l'arrêté du 29 mars 2006 *portant détermination de la répartition de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux pour l'année 2006*.
- 13) Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux *réseaux de santé*.
- 14) Circulaire 101/DHOS/O/2004 du 05 mars 2004 relative à *l'élaboration des SROS de troisième génération*.
- 15) Circulaire 517/DHOS/01/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à *l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent*.
- 16) Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à *la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité*.
- 17) Circulaire DHOS/01/03 du 30 mars 2006 relative au *cahier des charges national des réseaux de périnatalité*.

Plans

- 18) Plan Périnatalité 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité, novembre 2004
- 19) Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, février 2005

Recommandations professionnelles

- 20) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*, Paris : ANAES, 2002.
- 21) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. *Grossesse et tabac* [Conférence de consensus], Paris : ANAES, 2004.
- 22) Agence de santé publique du Canada. *Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale*, Ottawa: ASP, 2000.
- 23) Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité* [Recommandations pour la pratique clinique], Saint Denis la Plaine : HAS, 2005.
- 24) Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité* [Argumentaire], Saint Denis la Plaine : HAS, 2005.

- 25) Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité* [Fiches de synthèse], Saint Denis la Plaine : HAS, 2005.
- 26) Haute Autorité de santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes?* Saint-Denis La Plaine: HAS, 2005.
- 27) *Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre* [Rapport à la Direction Générale de la Santé], 2006.

Rapports

- 28) Bas P. *La protection de l'enfance* [Présentation du projet de loi au Sénat], 20 juin 2006.
- 29) Bloche P, Pecresse V. *Rapport de la mission d'information sur la famille et les droits des enfants* [Rapport n° 2832 Assemblée Nationale], janvier 2006.
- 30) Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. *Enquête nationale périnatale 2003, Situation en 2003 et évolution depuis 1998*, DGS, DREES, INSERM (Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé périnatale et Santé des femmes), février 2005.
- 31) Bréart G, Puech F, Rozé JC. *Mission périnatalité : Vingt propositions pour une politique périnatale* [Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées], 2003.
- 32) Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC. *Agir aux racines de la violence* [Contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'orientation en santé publique], mars 2003.
- 33) Clery-Melin P, Kovess V, Pascal JC. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* [Rapport d'étape de la Mission Clery-Melin], septembre 2003.
- 34) Dayan J. *Promouvoir la santé mentale périnatale* [Rapport au ministre de la santé], 2002.
- 35) Hermange MT. *Périnatalité et parentalité* [Rapport au Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille], février 2006.
- 36) INSERM. *Troubles des conduites des enfants et des adolescents* [Rapport expertise collective], 2005.
- 37) INSERM. *Alcool. Effets sur la santé. Interactions entre alcool et médicaments* [Rapport expertise collective], 2001.

- 38) Inspection Générale des Affaires Sociales. *Santé, pour une politique de prévention durable* [Rapport annuel], Paris : La Documentation Française, 2003.
- 39) Inspection Générale des Affaires Sociales. *La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents* [Rapport 2003 024], Paris : La Documentation Française, 2003.
- 40) Inspection Générale des Affaires Sociales. *Contrôle et évaluation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation de Développement des Réseaux (DDR)*, Paris : La Documentation Française, mai 2006.
- 41) Molénat F. *La collaboration médico-psychologique en périnatalité* [Rapport à la DHOS], janvier 2004.
- 42) Observatoire national de la démographie des professions de santé. *Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale*, Paris : La documentation française; 2004.
- 43) Pecresse V. Commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de Loi (n°3184) réformant la *protection de l'enfance* [Rapport Assemblée Nationale], mai 2006.
- 44) Réseau NOVANAT. Convention constitutive du réseau de santé ville-hôpital Haut-Vaucluse et Sud-Drôme.
- 45) Spira A, Bajos N. *Les comportements sexuels en France* [Rapport au Ministre de la Recherche et de l'Espace], Paris : La Documentation Française, 1993.
- 46) Tursz A, Gerbouin-Rerolle P, Crosrt M. « Traumatismes interventionnels dans l'enfance : magnitude du problème, déterminants, propositions d'actions » [Rapport]. INSERM, 2003.
- 47) Uzan M. La prévention et la prise en charge des grossesses des adolescentes. [Rapport au Directeur Général de la Santé], Paris, 1998.
- 48) Wresinski J. *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* [Rapport au Conseil économique et social], février 1987.

OUVRAGES

- 49) Ainsworth MD et al. *Patterns of attachment : assessed in the Strange Situation and at home*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum, 1978.
- 50) Aubert-Godard A. « Entre adulte et bébé, l'étrange désordre de la naissance : l'intime est mis à nu, l'étranger imposé », in Mellier D. *Le bébé, l'intime et l'étrange*, Toulouse, Erès, 1998.
- 51) Aubert-Godard A. « Naissance d'une triade père-mère-bébé suffisamment bonne après une grossesse paradoxale chez une femme psychotique délirante », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 52) Bayle B. *L'enfant à naître*, Toulouse, Erès, 2005.
- 53) Bowlby J. *Attachement et perte*, Paris, PUF, Coll. « le fil rouge », 1978 (1^{ère} éd.) et 1984.
- 54) Brazelton TB. *Le bébé : partenaire dans l'interaction*, in Brazelton et al. *La dynamique du nourisson*, Paris, ESF, 1982.
- 55) Brazelton TB. *NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale), Echelle de Brazelton : évaluation du comportement néonatal*, Genève, Médecine et Hygiène, 2001.
- 56) Brazelton TB, Cramer B. *Les premiers liens*, Paris, Stock, 1990.
- 57) Brockington I. « L'expérience anglaise des unités mère-bébé : un bref historique », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 58) Bydlowski M. *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- 59) Bydlowski M. « La transparence psychique de la femme enceinte », in Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 60) Bydlowski M. « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie », in Dugnat M. *Devenir père, devenir mère*, Toulouse, Erès, 1999.
- 61) Chardeau P. « L'hospitalisation conjointe en psychiatrie », in Dugnat M. *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.
- 62) Chauvin A. « Unité d'hospitalisation de jour mère-enfant : indication et limites », in Dugnat M. *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.

- 63) Cramer B, Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, coll. « Le fil rouge », 1993.
- 64) Cramer B. « La naissance de la vie psychique », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 65) Cramer B. *Psychiatrie du bébé, nouvelles frontières*, Paris, Eshel et Editions Médecine et Hygiène, 1998.
- 66) Dappe S, Lepy A. « Staff de parentalité dans une maternité parisienne : exercice d'équilibristes », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 67) Darchis E. « Prévention familiale en périnatalité », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 68) Delour M. « Plaidoyer d'un pédiatre de santé Publique pour une prise en compte du soin psychique en période périnatale », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 69) Dayan J. *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson, 1999.
- 70) Dugnat M. « Réseaux de soins précoces et hospitalisation mère-bébé : logiques contradictoires ou possible complémentarité ? », *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 71) Dugnat M, Roure MT. « Collaboration entre les psys et les équipes obstétricales », in Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 72) Dugnat M, Arama M. « Patern(al)ité et matern(al)ité », in Dugnat M. *Devenir père, devenir mère*, Toulouse, Erès, 1999.
- 73) Dugnat M. « Sur le développement des unités d'hospitalisation mère-bébé dans le champ de la périnatalité : réflexions et questions », *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.
- 74) Dugnat M. « Prévention précoce et périnatalité psychique », *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 75) Dugnat M. « Prévention des troubles relationnels précoces : bilan et perspectives pour une psychiatrie publique au service de la santé mentale périnatale », *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.

- 76) Durand B. « Les unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant en France : des structures expérimentales ? », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 77) Durand B, Yehezkieli G. « Evaluation de la relation mère-bébé dans une unité d'hospitalisation conjointe », in Dugnat M. *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.
- 78) Elliott S, Henshaw C. *Effets de la naissance sur les émotions maternelles*, Société Marcé Francophone, 2005.
- 79) Flandin-Créton S. « L'organisation de la périnatalité en réseau : exemple du réseau Maternité en Yvelines », mémoire de master spécialisé, Ecole Centrale de Paris, promotion 2003-2005.
- 80) Gauthier Y. « Du projet d'enfant aux premières semaines de la vie. Perspectives psychanalytiques », in Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 81) Gauthier Y. « La périnatalité en milieu vulnérable au Canada et aux Etats-Unis », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 82) Glangeaud-Freudenthal N. « Questions en épidémiologie sur les hospitalisations psychiatriques conjointes mère-enfant », in Dugnat M. *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.
- 83) Guedeney N, Guedeney A. *L'attachement. Concepts et applications*, Paris, Masson, 2002.
- 84) Kumar RC. « Psychiatrie périnatale », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 85) Lamour M, Barraco M. *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*, Paris, Gaëtan Morin éditeur, 1998.
- 86) Lebovici S, Israël P, Diatkine G. *La psychanalyse et la capacité de rêverie de la mère*, Revue française de psychanalyse, vol. 5, Paris, PUF, 1986.
- 87) Lebovici S, Stoleru S. *Le nourrisson, la mère, et le psychanalyste*, Paris, Paidos / le Centurion, 1983.
- 88) Lebovici S. « La transmission intergénérationnelle », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.

- 89) Levan C. *Les grossesses à l'adolescence : normes sociales, réalité, vécu*, Paris, L'Harmattan, 1998
- 90) Mazet P, Lebovici S, Simonnot AL. « Psychiatrie périnatale, une pratique, un concept », *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 91) Mellier D. « Prévention et vie psychique, ou comment accueillir les souffrances présentes en périnatalité ? », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 92) Michel F. « Ensemble autour de la dyade mère-enfant en maternité », in Dugnat M. *L'hospitalisation mère-bébé*, Spirale n°10, Toulouse, Eres, 1999.
- 93) Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, Eres ; 2003.
- 94) Molenat F. *Naissances, pour une éthique de la prévention*, Toulouse, Eres, 2001.
- 95) Molénat F, Toubin RM. « Vers des réseaux de soins précoces », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 96) Murray L. « Influence de la communication mère-bébé sur le développement psychologique de l'enfant », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 97) Musso P. *La critique des réseaux*, Paris, PUF, 2003.
- 98) Naiditch M. « Des réseaux et des femmes », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 99) Neyrand G. « Paradoxes et perspectives de la prévention », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 100) Noël J, Soulé M. « La prévention médico-psycho-sociale », in *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1995 (1985).
- 101) Observatoire Régional des Usagers en Périnatalité. *Livre blanc. Quelle naissance demain en Bourgogne ? Réflexions d'usagers*, Dijon, 2003.
- 102) Perrier E. « Les difficultés du psychiatre d'adultes dont la patiente devient mère », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 103) Petroff E. « L'accompagnement parental : une démarche de prévention », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.

- 104) Pierrehumbert B. « Les modèles de relations. Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes », in *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, PUF, 1996.
- 105) Pierrehumbert B. et coll. « Théorie de l'attachement et parentalité », in Dugnat M. *Devenir père, devenir mère*, Toulouse, Erès, 1999.
- 106) Presme N. « Temps pour la mère, temps pour le bébé. Réflexions et stratégies thérapeutiques : pratique de terrain d'un pédopsychiatre en maternité », in Bydlowski M. Candilis D. *Psychopathologie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 107) Rosenblum O. « Mères toxicomanes et leurs bébés dans une unité résidentielle de postcure », in Dugnat M. *Troubles relationnels père-mère/bébé : quels soins ?* Toulouse, Erès, 1996.
- 108) Siegrist D. *Oser être mère. Maternité et handicap moteur*, Paris, Doin Editeurs & APHP, 2003.
- 109) Soulé M, Michaut E. « Une politique globale et coordonnée de prévention très précoce », in Lebovici S. et coll. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985.
- 110) Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF, 1989.
- 111) Szejer M. *Ces neuf mois-là*, Paris, Laffont, 1994.
- 112) Tagawa O. « Préparer la naissance : enfance de l'art, art de l'enfance », in Dugnat M. *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Eres, 2004.
- 113) Visier JP. et coll. « Pédopsychiatres, pédiatres, obstétriciens travaillent ensemble. Du holding à l'identification », in Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*, Paris, PUF, 1998.
- 114) Winnicott DW. « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.
- 115) Winnicott DW. « Jeux et réalité » in *L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 1975.

ARTICLES

- 116) Ainsworth MD et coll. L'attachement mère-enfant. *Enfance* 1983; 1 : 7-18.
- 117) Allen NB, Lewinsohn PM, Seeley JR. Prenatal and perinatal influences on risks for psychopathology in childhood and adolescence. *Dev Psychopathol* 1998; 10 : 513-29.
- 118) Arseneault L et al. Obstetrical complications and violent delinquency : testing two developmental pathways. *Child Dev* 2002; 73 : 496-508.
- 119) Baby B. Quatrième mois de grossesse. *Expansion scientifique Française* 2001; 5-11.
- 120) Baillon G. Le réseau, mot magique ou piège ?. *L'information psychiatrique* 1999; 2 : 133-9.
- 121) Bajos N, Leridon H, Job-Spira N. La contraception en France dans les années 2000. Présentation de l'enquête COCON. *Population* 2004; 59 (3-4) : 409-18.
- 122) Bercau G, Lopard E. Le nouveau métier de sage-femme. *Responsabilité* 2005; 5 : 20-2.
- 123) Bick E. Remarques sur l'observation des bébés dans la formation des analystes. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 1992; 12 : 14-35.
- 124) Blanchardière (de la) A et coll. Etude prospective des caractéristiques médico-psycho-sociales de 350 patients dans les PASS en 2002. *Rev Med Int* 2004; 25 : 264-70.
- 125) Boisson M, Verjus A. La parentalité, une action de citoyenneté. Une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004), [Rapport Caisse nationale des allocations familiales]. *Dossier d'études* 2004; 62 : 1-75.
- 126) Bonierbale-Branchereau M. Jeunes, sexualité, contraception, Enquête 20 ans/Organon. *Sexologie* 1987; 11 (7) : 71.
- 127) Boris NW, Zeanah CH. Disturbances and disorders of attachment in infancy : an overview. *Infant Ment Health J.* 1999; 20: 1-9.
- 128) Bourguignon A. Précarisation des modes de financement. Les réseaux dans la tourmente. *Le quotidien du médecin* 2006; 8030 : 3.
- 129) Bozon M. A quel âge les femmes et les hommes commencent-ils leur vie sexuelle ?. *Popul Soc* 2003; 391.
- 130) Branger B. Recueil de données nationales sur les réseaux de périnatalité. *Réseau Sécurité Naissance-Naître ensemble en Pays de la Loire* 2006.

- 131) Brennan et al. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 : 215-9.
- 132) Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes* 1991; 32 : 2-9.
- 133) Capgras D. Construire un réseau de périnatalité de proximité : quelle(s) méthode(s) ? L'exemple de NOVANAT, Haut-Vaucluse, Sud-Drôme. *Vocation Sage-Femme* 2006.
- 134) Cazas O, Delain F. Les imprévus de la collaboration entre une unité d'hospitalisation mère-bébé et les structures psychiatriques de secteur adulte et enfant. *Perspective Psy* 1998; 37 : 335-8.
- 135) Chardeau P. Unités d'hospitalisation mère-bébé et soins de secteur : un réseau avant la lettre ?. *Perspective Psy* 1998; 37 : 325-6.
- 136) Chauvin A. Unités mère-bébé et travail en réseau, histoire d'une création. *Perspective Psy* 1998; 37 : 351-6.
- 137) Chemin A. Vers la gratuité de la contraception pour les jeunes filles mineures. *Le Monde* 07/12/2006.
- 138) Christ MA et al. Serious conduct problems in the children of adolescent mothers : disentangling confounded correlations. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58 : 840-4.
- 139) Coren E, Barlow J. Individual and group-based parenting programmes for improving psychosocial outcomes for teenage parents and their children. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001; Issue 3.
- 140) Cowan PA, Cowan CP. Interventions as tests of family systems theories : marital and family relationship in children's development and psychopathology. *DevPsychopathol* 2002; 14 : 731-59.
- 141) CTNERHI, INSERM. Les personnes handicapées en France : données sociales. [Monographie] 1995 : 305.
- 142) Delcroix G. Sages-femmes, de nouvelles compétences ?. *Responsabilité* 2005 ; 5 : 17-20.
- 143) Dennis CL, Creedy D. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane Library* 2005; Issue 3.

- 144) Duchesne N, Roy J. Enfants de mère psychotique : risques développementaux et interactions précoces, revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1991; 39 : 291-9.
- 145) Dugnat M. Psychiatrie périnatale et politique de secteur : quelques questions. *L'information psychiatrique* 2002; 3 : 236-46.
- 146) Dugnat M. Santé mentale et psychiatrie périnatale : renouveler l'approche de la prévention. *Dialogue* 2002; 157 : 29-41.
- 147) Dugnat M. Résistance à la prévention, reconnaissance de la périnatalité psychique. *L'information psychiatrique* 2004; 8 : 611-8.
- 148) Dumaret AC, Picchi V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et développement de l'enfant. *Ann Médico-psychol* 2005; 163(6) : 476-85.
- 149) Eyler FD et al. Birth outcomes from a prospective matched study of prenatal crack cocaine use. Interactive and dose effects on neurobehavioral assessment. *Pediatrics* 1998; 101 : 237-41.
- 150) Fergusson DM et al. Maternal smoking during pregnancy and pediatric adjustment in late adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 : 721-7.
- 151) Fergusson DM. Prenatal smoking and antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56 : 223-4.
- 152) Flandin-Créton S. Les réseaux médico-psycho-sociaux : pour une stratégie de la prévention. *Expansion scientifique Française* 2001; 12-4.
- 153) Fortineau-Guillorit E, Berouti R. Antenne de Prévention Petite Enfance, articulation avec une unité d'hospitalisation mère-enfant. *Perspective Psy* 1998; 5 : 339-43.
- 154) Fried PA. Behavioral outcomes in preschool and school-age children exposed prenatally to marijuana : a review and speculative interpretation. *NIDA Res Monogr* 1996; 164 : 242-60.
- 155) Fried PA. Conceptual issues in behavioral teratology and their application in determining long-term sequelae of prenatal marihuana exposure. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43 : 81-102.
- 156) Gagnon AJ. Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *The Cochrane Database of Systematic Review* 2004; Issue 1.

- 157) Garret N, Gloanec Y, Guillemot F. Une expérience de psychiatrie périnatale : le Centre Nantais de la Parentalité. *L'information psychiatrique* 2004; 8 : 659-66.
- 158) Gayral-Taminh M et al. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005; 34: 23-32.
- 159) Gelly-Cornillie N. Démarche correspondant demandeur d'une admission dans une unité d'hospitalisation mère-bébé. *Perspective Psy* 1998; 5 : 332-4.
- 160) Guédeney N. Les enfants de parents déprimés. *Psychiatrie de l'enfant* 1989; 1 : 269-309.
- 161) Hassoun D. Les conditions de l'interruption de grossesse en France. *Contraception, fertilité, sexualité* 1997; 12 : 915-20.
- 162) Hay DF et al. Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Dev Psychol* 2003; 39 : 1083-94.
- 163) INSEE. Enquête Handicap Incapacité Dépendance. *Courrier des Statistiques* 1998; 87-8.
- 164) Jardin F, David M. Protéger et traiter les bébés exposés à des défaillances parentales. Place de la rencontre interdisciplinaire. *Devenir* 1993; 4 : 8-19.
- 165) Kafé H, Brouard N. Comment ont évolué les grossesses chez les adolescentes depuis 20 ans ? . *Popul Soc* 2000; 361.
- 166) Kim-Cohen J et al. A. Maternal depression and children's antisocial behaviour – Nature and nurture effects. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 : 173-81.
- 167) Leech SL et al. Prenatal substance exposure : effects on attention and impulsivity of 6-year-olds. *Neurotoxicol Teratol* 1999; 21 : 109-18.
- 168) Lejeune VN et al. Precarity and pregnancy in Paris. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 83(1) : 27-30.
- 169) Leridon H, Oustry P, Bajos N, équipe COCON. La médicalisation croissante de la contraception en France. *Popul Soc* 2002; 381 : 1-4.
- 170) Lhomond B, Lagrange H. Enquête sur le comportement sexuel des jeunes de 15 à 18 ans. *ANRS information* 1996; 17 : 14-27.
- 171) Mattson SN, Riley EP. Parent ratings of behavior in children with heavy prenatal alcohol exposure and IQ-matched controls. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24 : 226-31.

- 172) Midmer D, Carroll JD, Bryanton J, Stewart D. From research to application : the development of an antenatal psychosocial health assessment tool. *Can J Public Health* 2002; 93(4) : 291-6.
- 173) Missonnier S. Entretien avec...Françoise Molénat. *Le Carnet Psy* 2006; 31-7.
- 174) Mormiche P. Le handicap se conjugue au pluriel. *Insee première* 2000; 742.
- 175) Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood : A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *J Child Psychol Psychiatry* 2003; 44 : 489-508.
- 176) Neyrand G. La prévention précoce, une démarche paradoxale. *Dialogue* 2002; 157 : 3-14.
- 177) Nezelof S, Vandell P, Bizouard P. Indications et contre-indications à l'hospitalisation mère-bébé. *Perspective Psy* 1998; 5 : 327-31.
- 178) O'Connor TG et al. Antenatal anxiety predicts child behavioral / emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Academ Child Adolescent Psychiatry* 2002; 41: 1470-7.
- 179) Olds DL, Henderson CR et al. Prenatal and infancy home visitation by nurses : recent findings. *Future Child* 1999; 9 : 44-65, 190-1.
- 180) Orlebeke JF et coll. Increase in child behavior problems resulting from maternal smoking during pregnancy. *Arch Environ Health* 1997; 52 : 317-21.
- 181) Panastrana C, Collado A, Avellanosa I. La relation précoce mère-enfant : analyse d'un moment particulier. *Devenir* 1993; 4 : 36-51.
- 182) Poinso F, Rufo M. Quelle éthique pour l'évaluation de la relation entre une mère et son bébé ? Hospitalisations conjointes mère-bébé et séparation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2000; 48 : 39-148.
- 183) Presles P. La consommation de cannabis pendant la grossesse. *Le quotidien du médecin* 2005; 7822.
- 184) Raine A, Brennan P, Mednick SA. Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence : specificity to serious, early onset violence. *Am J Psychiatry* 1997; 154 : 1265-71.

- 185) Reid AJ, Biringier A, et al. Using the ALPHA form in practice to assess antenatal psychosocial health. *Antenatal Psychosocial Health Assessment. CMAJ* 1998; 159(6) : 677-84.
- 186) Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education : an exploratory study. *Health Promot Int* 2001; 16(4) : 381-8.
- 187) Riley EP et al. Neurobehavioral consequences of prenatal alcohol exposure : an international perspective. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27 : 362-73.
- 188) Rochette J, Mellier D. Prévention et soin dans le post-partum immédiat : un dispositif de collaboration inter-institutionnelle entre psychiatrie périnatale et Protection Maternelle et Infantile. *L'information psychiatrique* 2004; 8 : 651-3.
- 189) Roebuck YM et al. Behavioral and psychosocial profiles of alcohol - exposed children. *Alcohol Clin Exp Res* 1999; 23 : 1070-6.
- 190) Soulayrol R, Sokolowsky M, Ehret D, Dugnat M. Unités d'hospitalisation conjointe mère-enfant en pédopsychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1990; 38 (7), 427-33.
- 191) Streissguth AP et al. Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults. *JAMA* 1991; 265 : 1961-7.
- 192) Toulemon L, Leridon H. Les pratiques contraceptives en France : avortement et contraception. *Centre de Documentation du Mouvement Français pour le Planning Familial* 1999 : 39-44.
- 193) Trinh-Duc A et coll. Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation de l'activité médico-sociale des PASS. *Rev Med Int* 2005; 26: 13-9.
- 194) Tronick EZ et al. Late doseresponse effects of prenatal cocaine-exposure on newborn neurobehavioral performance. *Pediatrics* 1996; 98 : 76-83.
- 195) Villain A, Mouquet M. Les interruptions volontaires de grossesse en 2002. *Etudes et résultats DREES* 2004 : 348.
- 196) Wakschlag LS et al. Maternal age at first birth and boys' risk for conduct disorder. *J Res Adolesc* 2000; 10 : 417-41.
- 197) Wakschlag LS, Hans SL. Maternal smoking during pregnancy and conduct problems in high-risk youth : a developmental framework. *Dev Psychopathol* 2002; 14 : 351-69.

- 198) Wakschlag LS et al. Maternal smoking during pregnancy and severe antisocial behavior in offspring : a review. *Am J Public Health* 2002; 92 : 966-74.

COMMUNICATIONS

- 199) Bentegeat S. « L'articulation des réseaux », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 200) Branger B. « Vulnérabilité, précarité, difficultés psychologiques: travaux du réseau », *Réseau Sécurité Naissance-Naître ensemble en Pays de la Loire*, octobre 2006.
- 201) Capgras D, Lefevre A. « L'entretien prénatal précoce et le travail en réseau périnatal de proximité », *Séminaire de formation*, La Roche-sur-Yon, octobre 2006.
- 202) Caron FM. « Plan périnatalité 2005-2007 », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 203) CIANE (Collectif Inter-associatif Autour de la NaissanceE). « Plate-forme de propositions en quarante points », *Etats Généraux de la naissance*; juin 2003.
- 204) CIANE « Les usagers s'organisent pour améliorer les conditions de la naissance », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 205) Criballet-Fadié G. « La sage-femme au sein d'un réseau ville-hôpital », *36^{èmes} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 206) Etchemendigaray C. « La sage-femme en périnatalité : perspectives nouvelles », *36^{èmes} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 207) Gaucherand P, Audra P. « Le suivi anténatal par la sage-femme doit-il être limité aux bas risques ? », *36^{èmes} journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 208) Gérard M. « Pratiques de l'entretien prénatal précoce au CHU de Nantes », *Réseau Sécurité Naissance-Naître ensemble Pays de la Loire*, octobre 2006.
- 209) Gouyon JB. « L'évaluation des réseaux de périnatalité », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.

- 210) Lemery D. « Le dossier périnatal partagé », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 211) Levine M. « Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 212) Mahieu-Caputo D. « Une prise en charge en amont et en aval de la naissance », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 213) Mahieu-Caputo D. « Quelle formation pour les médecins ? », 36^{èmes} *journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 214) Molénat F. « Organiser la collaboration médico-psychologique en périnatalité », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.
- 215) Molénat F. « Comment organiser l'accompagnement périnatal ? », 36^{èmes} *journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 216) Philippe HJ et coll. « Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité ou en situation de vulnérabilité sociale », *Compte-rendu de la réunion du groupe de travail « grossesse et précarité »*, mars 2006.
- 217) Proust S, Philippe HJ. « Etat des lieux de la mise en place de l'entretien prénatal précoce au niveau régional et national », *Mémoire de DES de gynécologie-obstétrique*, Nantes, octobre 2006.
- 218) Robin G, Letombe B. « Contraception chez l'adolescente », *Journées du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français*, Paris, 2006.
- 219) Saddier S. « Pratiques de l'entretien prénatal précoce au CH de Saint-Nazaire », *Réseau Sécurité Naissance-Naitre ensemble en Pays-de-Loire*, octobre 2006.
- 220) Schaal JP et al. « Intervenants et organisation de la continuité », 36^{èmes} *journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.
- 221) Simon A. « Une prise en charge adaptée à des problèmes spécifiques », *Groupe de travail sur le Cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité*, DHOS, septembre 2005.

- 222) Thery X, Raguin V, Castel P. « Pratiques de l'entretien prénatal précoce au CH Pôle Santé Sarthe et Loire La Flèche », *Réseau Sécurité Naissance-Nâître ensemble en Pays de la Loire*, octobre 2006.
- 223) Vernier D. « Quelle place pour les psychologues ? », 36^{èmes} *journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale*, Biarritz, octobre 2006.

**NOM : VIEILLARD-BARON CHAUVET
AGNES**

PRENOM :

**Titre de thèse : LA PREVENTION GLOBALE EN PERINATALITE
QUELLE PLACE POUR UN ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE ?**

Résumé

La période périnatale, période clef dans l'établissement des relations parents-enfant, est propice à la prévention. L'entretien prénatal précoce, proposé à toutes les femmes enceintes (ou couples) en début de grossesse, introduit, en complément du suivi médical, une approche globale, plus humaniste, intégrant la dimension affective de la naissance et favorisant la participation active des futurs parents à un projet de naissance. Cet entretien est nécessairement intégré à un réseau de proximité réunissant des acteurs médico-psycho-sociaux qui interviennent de façon cohérente et coordonnée, pour assurer une prise en charge personnalisée de l'anté au post-natal. Un accompagnement au cas par cas est proposé, adapté à d'éventuels problèmes spécifiques, comme ce fut le cas pour Flavie, fille de parents psychotiques, dont l'histoire est illustrée dans le film. Mais cette démarche de santé publique très innovante nécessite, outre le soutien financier de l'Etat, un changement culturel profond : chacun doit trouver sa place dans le travail en réseau et accepter de modifier ses pratiques, avec, en retour, l'assurance de gagner au partage des expériences.

Mots clés

- PERINATALITE
- PREVENTION
- SANTE PUBLIQUE
- ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE
- RESEAU
- PLURIDISCIPLINAIRE
- TRANSMISSION
- COLLABORATION
- DIMENSION PSYCHIQUE
- VULNERABILITE