




techniques de travail corporel, les techniques pédagogiques, la fréquence, la durée et le déroulement des séances, les modalités d'évaluation. Cela afin de faciliter la présentation des possibilités locales de PNP au sein du réseau périnatal ou des ressources de proximité (maternité des établissements de santé, secteur libéral, PMI); de permettre à la femme ou au couple de choisir le programme qui satisfera le mieux leurs besoins (première grossesse, multiparité, grossesse précoce) et leurs aspirations; de planifier individuellement les séances en fonction des besoins de prévention et d'éducation de chaque femme ou couple; d'adapter dans la mesure du possible leur contenu à chaque femme

enceinte ou couple. Ce cadre est par ailleurs souple, pour permettre dans l'idéal une adaptation à chaque femme et à chaque moment de la prise en charge et à chaque contexte de soins. La PNP 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. 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 prévention en périnatalité : apprendre à penser ensemble

Françoise Molénat
Pédopsychiatre CHU
Montpellier

Si l'organisation de la santé périnatale « en réseau », fruit d'une décision politique, contribue à une meilleure cohérence des interventions médicales, l'offre aux familles d'une enveloppe humaine ajustée à leurs besoins spécifiques déborde largement les dispositifs de soins. Il s'agit d'un *changement radical de culture*, fondé sur la prise en compte de la subjectivité des femmes enceintes et de leurs conjoints. Elle exige que chaque professionnel ait en tête les besoins et la place des autres acteurs de la périnatalité, acteurs choisis d'abord par la famille ou proposés. Cela rend caduque l'expression « entrer dans le réseau ».

Résumons les étapes franchies ces dernières décennies.

Dès la fin des années soixante-dix, la diffusion des travaux sur l'attachement humain et sur la maltraitance d'une part, une meilleure maîtrise de la mortalité périnatale d'autre part, a suscité l'intérêt des services de pédiatrie et d'obstétrique pour la dimension psychologique des naissances « à risque ». Par ailleurs, l'anamnèse des troubles graves des enfants vus en pédopsychiatrie, l'impuissance devant ces troubles et les dégâts familiaux qu'ils entraînaient, ont amené des pédopsychiatres à se rapprocher des services de médecine périnatale. Les décennies précédentes avaient été marquées par le cloisonnement des disciplines, l'avancée remarquable des technologies et la mise à l'écart de la dimension affective inhérente à toute naissance. Chaque discipline ou service évaluaient les situations de naissance à travers leurs propres codes et savoirs, offrant un morcellement des représentations et des actions aux familles les plus vulnérables donc soumises aux interventions les plus nombreuses (médicales, sociales, psychiatriques). Les dégâts sur les processus d'attachement parents-enfant étaient lourds.

La tendance forte fut longtemps le rapprochement des équipes de Protection maternelle et infantile (PMI) (voir encadré « Service départemental de PMI » page 65) et de pédopsychiatrie, de culture voisine quant aux populations visées, facilitant l'accès aux très jeunes enfants. Le monde somatique apparaissait inaccessible et souvent en position de bouc émissaire face aux dégâts dans les liens familiaux. Ce fut parfois un piège, car la prévention se pensait alors en termes « psychosociaux » et non médicaux, maintenant le clivage entre somatique et psychique. On entendait en France : « *la maltraitance, c'est l'affaire de la PMI* », malgré les publications anglo-saxonnes dès 1980 : « *la prévention de la maltraitance est l'affaire des maternités* ».

Cependant les pédiatres néonatalogistes avançaient dans la prise en compte des fragilités parentales et l'humanisation de l'environnement auprès du nouveau-né hospitalisé. La communication s'installait entre pédiatres et gynécologues-obstétriciens, en particulier autour du diagnostic anténatal. Le redressement s'avérait nécessaire en vue de diminuer la iatrogénie des pratiques cloisonnées. Les témoignages de parents ont beaucoup aidé : deuil, annonce d'une anomalie fœtale ou d'un possible handicap décelé après la naissance, hospitalisation du nouveau-né. Ces thématiques sont devenues le creuset de l'interdisciplinarité. Les effets étonnants d'une approche médicale coordonnée sur le psychisme parental, sur le devenir des couples et le bien-être des fratries ont alimenté une réflexion d'autant plus féconde¹ que les indicateurs de mortalité avaient connu par ailleurs une remarquable amélioration.

1. Les travaux (films et publications) amorcés dans cette période de prise de conscience et jusqu'à ce jour peuvent être consultés sur le site de l'Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement : www.afree.asso.fr.

Les références
entre crochets renvoient
à la bibliographie p. 96.

Mais une grande perplexité a habité — et habite encore — les soignants : comment faire ? Sur quel « psy » s'appuyer ? Que deviennent les familles après la sortie ? Comment évaluer la pertinence de nos attitudes ? Quels protocoles ?

Apprendre à travailler ensemble au plus près du suivi médical des grossesses allait peu à peu devenir une nouvelle discipline, qui à ce jour n'a pas achevé d'élaborer ses concepts de manière consensuelle. En effet, deux cultures jusqu'alors très éloignées l'une de l'autre tentent de se rencontrer : comment penser la complexité de l'humain ? Cette question est loin d'être épuisée, d'autant que le champ des disciplines psychologiques et psychiatriques a été longtemps déchiré par des guerres d'école, sans souci du désarroi provoqué chez les partenaires médicaux et sociaux.

Une étude prospective menée en 1993-1995 avec l'aide du Réseau national de santé publique a mis en évidence la corrélation nette entre les troubles du développement des enfants et les discontinuités dans le réseau professionnel, en particulier après la sortie de la maternité et au cours de la petite enfance. La défaillance de liens personnalisés entre l'intra- et l'extra-hospitalier, le manque d'anticipation laissaient place à l'angoisse des familles — et des intervenants². On pouvait reconnaître publiquement que le système de soins au sens large répétait la maltraitance que les parents fragiles avaient pu connaître dans leur propre histoire.

Les données récentes des neurosciences aident au rapprochement : travaux sur la mémoire, sur le neurone, sur le développement de la pensée, sur le stress. Ces acquis encouragent pédiatres et obstétriciens à aborder avec rigueur le registre des émotions, à condition de ne pas rester seuls dans un domaine où l'intersubjectivité est la porte d'entrée obligée. Sans dialogue attentif, il est impossible d'assurer aux femmes enceintes la sécurité qui leur garantira un bon déroulement obstétrical et les conditions d'un accueil serein du nouveau-né. Mais comment allier la subjectivité à la nécessaire objectivité que requiert la sécurité somatique ?

Le Plan périnatalité 2005-2007 a franchi le pas en proposant des mesures significatives : entretien prénatal précoce, formations « en réseau », harmonisation des collaborations médico-psychologiques, toutes mesures développées dans la circulaire du 4 juillet 2005 (relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité).

Le réseau personnalisé de soins

On pourrait le qualifier ainsi : *une manière d'être ensemble autour d'une famille vulnérable*. Il s'agit d'une organisation spécifique, ajustée, modulable dans le temps, de l'ensemble des acteurs amenés à répondre aux besoins et aux demandes des parents concernant leur

enfant et leur propre construction parentale. Le réseau personnalisé se tisse à partir des professionnels de confiance existant auprès de la femme enceinte et il s'enrichit au fur et à mesure. Nécessaire aux familles, la cohérence des soins devient, pour les intervenants eux-mêmes, un support remarquable, en les sortant de leur isolement et en aidant chacun à pondérer sa place dans le rapport à celle des autres.

La qualité des liens interprofessionnels permet aux futurs parents d'éprouver, dans leurs rencontres avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité, ce qu'ils auront à ressentir et à soutenir chez leur enfant : ajustement à ses besoins, construction de sa sécurité interne, expérience de la fiabilité du lien, accès à une bonne autonomie.

La confiance acquise au travers du suivi médical grâce à une bonne écoute leur permet de retrouver confiance en eux-mêmes, de se fier à leurs propres émotions qui auront été prises en compte, et ainsi de transmettre au nouveau-né la sécurité de base sans laquelle le développement de l'enfant risque d'être entravé. On voit sans peine les opportunités uniques pour une prévention des troubles de l'attachement, des dépressions du *post-partum*, de la maltraitance.

Les conseils éducatifs ont peu de portée, s'ils ne surviennent pas dans un contexte où les éprouvés neufs, suscités par des rencontres fiables, ont offert à ces parents une *nouvelle expérience de relation*, lorsque les liens affectifs dans leur trajectoire personnelle ont manqué de cette fiabilité. L'expérience clinique d'un accompagnement de qualité auprès des familles les plus souffrantes démontre qu'elle constitue une occasion de reconstruction d'une estime de soi suffisante pour contrebalancer les déprivations ou traumatismes affectifs liés à d'autres temps vécus par les parents.

Quels en sont les mécanismes ? Un certain nombre de facteurs rentrent en jeu. D'abord le moment particulier que constitue pour de jeunes adultes, parfois bousculés par la vie, le fait de mettre au monde un enfant : expérience positive, pleine d'espoir, reconnue socialement. Pour les femmes en particulier, c'est l'occasion d'un réaménagement psychique intensifié par les changements corporels, un moment aussi de grande sensibilité à l'environnement, où de nouvelles « marques fondatrices » peuvent ré-inscrire des points de repère sécurisés. Pour les futurs pères, une attention à leur place peut aider à la revalorisation, éventuellement détoxifier les avatars de leur propre histoire : se sentir reconnu, avoir de la valeur pour des tiers, mettre en mots leurs ressentis et désamorcer d'éventuels passages à l'acte (fuite, violences) ou dépressions.

Pour les parents les plus vulnérables, le seul fait d'éprouver la valeur de leurs propos dans une rencontre empreinte de respect, de ressentir que l'environnement professionnel s'adapte à ce qu'ils ont exprimé, peut être l'occasion de retrouver un début de maîtrise sur le monde, lorsqu'ils ont subi dans le passé des situations affectives troublées. La prévention de ce que la

2. Cette étude a permis d'élaborer une « clinique du travail en réseau », puis une méthode pédagogique originale [68].



société déplore sous le terme de « démission parentale » peut trouver là de solides racines. Il a été démontré l'importance majeure de l'accueil en maternité quant aux relations des familles avec les institutions tout au long du parcours de leur enfant.

La confiance retrouvée dans le système de santé devient le moteur de la prévention. Travailler dans un réel partenariat avec les parents, avant que ne surgissent des souffrances dans leur relation avec l'enfant : telle est la condition d'une anticipation des troubles émotionnels qui mènent aux dépressions du *post-partum* et aux perturbations des liens familiaux. Cela passe par une parfaite lisibilité des actions menées — médicales, mais aussi sociales et psychologiques —, ce qui demande encore un effort considérable, au vu de l'ignorance mutuelle qui a marqué la culture des quelques décennies passées.

Du côté des professionnels, un partenariat ajusté aux besoins exprimés par les futurs parents, puis par l'enfant et sa famille, n'en finit pas de dévoiler ses effets exponentiels : *sécurité et soutien mutuel, sentiment d'efficacité, plaisir de travailler ensemble, validation de l'action par les retours d'information, etc.* Sans oublier que la cohérence et la vitalité d'un réseau humain coordonné jouent en soi un rôle « *nourrissant* » auprès des familles qui ont souffert de carence affective, un rôle *structurant* auprès de celles qui ont connu confusions de place, non-dits et secrets pathogènes dans la succession des générations.

La constitution de ce réseau au plus près des besoins exprimés par la femme enceinte (le couple) amène chaque professionnel à :

- penser sa propre place par rapport à celles des autres et pas seulement à l'idée qu'il se fait de sa mission ;
- se relier aux autres acteurs dans un ajustement précis à la situation médicale et émotionnelle vécue par la famille ;
- organiser les relais et orientations au plus près de ce que les parents ressentent et confient ;
- affiner les contours de son intervention dès lors que d'autres partenaires sont en jeu.

Un exemple courant illustre une évidence pourtant méconnue : la proposition à une jeune mère en *post-partum* d'une puéricultrice de PMI, sans demander l'avis du père d'abord, puis du médecin traitant s'il existe, génère des effets négatifs dont l'analyse ultérieure a échappé longtemps aux acteurs de la petite enfance. Que de « démissions paternelles » et de « contentieux interprofessionnels » cette pratique a généré !

Comment développer un nouvel état d'esprit ?

Travailler ensemble ne se décrète pas. Il s'agit d'un profond changement de culture, fondé sur l'engagement personnel des soignants et l'harmonisation ajustée des places professionnelles. La complémentarité des actions oblige à sortir des logiques institutionnelles, à penser de manière transversale. L'expression subjective

des parents sert de plaque tournante à l'organisation des interventions, qui trouvent leur meilleure logique à partir de l'axe médical — le suivi de la grossesse et de la naissance — et non des facteurs de risque psychosociaux par définition négatifs. Ainsi, proposer à une femme enceinte souffrant de toxicomanie de rencontrer un psychiatre et une assistante sociale *d'emblée* au titre des produits ingérés est le meilleur moyen de la faire fuir, nous en avons tous fait l'expérience. Par contre, ancrer le suivi médical rapproché, créer un lien de confiance, puis organiser les orientations au rythme supportable par la famille peut transformer la situation [69].

Des questions neuves se posent, de manière réitérée malgré des écrits qui remontent à plus de vingt ans [70]. Au fur et à mesure d'un élargissement des prises de conscience, il faut remettre sur le chantier la manière de « tricoter » les liens avec la famille et entre professionnels : « Écouter, mais jusqu'où et avec quel soutien ? », demandent à juste titre les soignants. « Quelles informations transmettre ? », interrogent tous les professionnels.

Les mesures inscrites dans la circulaire du 5 juillet 2005 visent à baliser ces questions à tiroirs multiples.

L'entretien individuel prénatal précoce devient la porte d'entrée nécessaire à l'ouverture du dialogue. Il se heurte à la suspicion légitime des médecins : ouvrir la boîte de Pandore et ensuite ? Des enjeux corporatistes viennent également brouiller les pistes. La mise en œuvre progressive se justifie : il ne suffit pas d'écouter, mais de transformer les pratiques « ensemble ». L'entretien n'est pas un objectif en soi, mais un outil pour tous. La direction générale de la Santé a eu le souci d'élaborer un référentiel de formation à l'entretien, première tentative de mettre en forme la complexité des facteurs somatiques et environnementaux d'une bonne grossesse et d'un bon accueil du nouveau-né³.

Le développement des « formations en réseau », dont la méthodologie est issue de l'étude prospective citée plus haut, a également fait l'objet d'un référentiel. La technique est d'apparence simple, mais exige une grande rigueur dans la préparation des cas, qui sont exposés de manière prospective et interdisciplinaire, devant un public également de toutes disciplines, invité à réagir au moment des pauses : hypothèses, anticipation de l'action à mener, évaluation des hypothèses par la suite de la présentation clinique. Cette technique permet de valider des *outils de pensée interdisciplinaires*, dans un domaine qui échappe aux examens objectifs et aux mesures classiques de la médecine somatique. L'animation des séances exige également une expertise particulière : parfaite connaissance de tous les services concernés (publics et privés), capacité à contenir les mouvements émotionnels d'un groupe, etc. Des formations européennes de formateurs, centrées sur le

3. À consulter sur les sites : www.sfmmp.net ou www.afree.asso.fr (pour les 2 référentiels)

« Rôle des professionnels dans la construction des liens familiaux », créées dès 1990 sous l'égide du ministère de la Santé, se poursuivent dans cet objectif⁴. La reproductibilité de ces formations dans divers pays étrangers permet d'asseoir leur pertinence.

Enfin, la généralisation et la lisibilité des collaborations entre les acteurs du psychisme et le monde somatique a fait l'objet de recommandations dans le Cahier des charges des réseaux périnataux. Doté de nouveaux moyens par le Plan périnatalité 2005-2007, ce rapprochement amène le monde de la psychologie/psychiatrie à faire un effort considérable d'harmonisation, en vue d'offrir aux partenaires une base consensuelle minimale, tout en gardant la richesse des divers courants de pensée. La création récente d'un diplôme interuniversitaire de psychopérinatalité à visée nationale, destiné en premier chef aux soignants, constitue un effort significatif vers une meilleure cohérence.

4. Les travaux de ces formations peuvent être consultés dans la revue *Naissances (Cahiers de l'Afrique)*, www.afree.asso.fr

Conclusion

À nouvel état d'esprit, nouveaux concepts : les notions de coordination, de transmission, de référent s'imposent si l'on veut structurer l'espace virtuel que constitue l'ensemble des acteurs concernés, depuis le début de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école. Présents depuis longtemps dans la réflexion des enseignants en santé publique [47], ils prennent une force particulière en venant directement de la clinique pédopsychiatrique, puis de la clinique périnatale — concepts habités de manière radicale par les témoignages des parents et la symptomatologie ultérieure des enfants. Sans parler des 10 à 15 % de dépressions du *post-partum* qui peuplent les consultations des médecins généralistes et des psychiatres : la plupart de ces femmes n'ont pas osé ou pas imaginé qu'elles pouvaient confier leur malaise durant la grossesse, et encore moins au retour à la maison, tant il est douloureux de se sentir mal lorsqu'on devient mère.

Force est de reconnaître que nous n'en sommes qu'au tout début du chantier. ↵

Service départemental de protection maternelle et infantile (PMI)

Les activités du service de PMI

L'organisation et les missions du service départemental de PMI sont définies aux articles L. 2111-1 et suivants, R. 2112-1 et suivants du Code de la santé publique. D'après les dispositions législatives et réglementaires, le service de PMI participe, sous l'autorité du président du conseil général, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile.

En matière de garde des enfants de moins de 6 ans, le service de PMI :

- instruit les demandes d'agrément des assistants maternels ;
- réalise des actions de formation destinées aux assistants maternels accueillant des enfants à titre non permanent ;
- exerce la surveillance et le contrôle des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF), ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans.

Dans le domaine sanitaire et social, le service de PMI organise :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités.

Les activités des services de PMI sont gérées soit directement, soit par convention avec d'autres collectivités publiques ou des

personnes morales de droit privé à but non lucratif. Pour exercer ses missions, le service est placé sous l'autorité d'un médecin et comprend des personnels qualifiés, notamment des médecins, sages-femmes, puéricultrices et infirmières.

L'enquête sur la Protection maternelle et infantile

Les articles L. 1614-7 et R. 1614-28 du Code général des collectivités territoriales prévoient que les conseils généraux transmettent chaque année à l'État les statistiques en matière d'action sociale et de santé liées à l'exercice des compétences transférées. La Drees envoie donc tous les ans aux conseils généraux un questionnaire destiné à collecter, au 31 décembre, des informations sur l'activité des services de PMI, et notamment sur le nombre d'établissements et de places d'accueil collectif et familial des enfants de moins de 6 ans.

Outre les données sur les capacités d'accueil collectif, l'enquête annuelle permet de dénombrer les effectifs travaillant à temps plein et à temps partiel au sein des services de PMI. En 2006, ces services comptent en métropole un effectif de plus de 2 300 médecins — 1 920 en équivalent temps plein (ETP) —, 830 sages-femmes (730 en ETP), 4 400 puéricultrices (près de 3 800 en ETP), et 1 330 infirmières (1 150 en ETP). Les puéricultrices apportent leur concours à la PMI soit uniquement pour les consultations infantiles, la surveillance des enfants de moins de 6 ans à domicile ou dans les écoles maternelles, soit conjointement à deux ou trois de ces fonctions. Des infirmières peuvent être recrutées dans le cadre de la PMI pour assurer ces mêmes tâches. ↵

Extrait de : *Études et résultats* n° 608, novembre 2007. « L'accueil collectif et en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2006 ». Guillaume Bailleau, Drees.