

Université d'Angers
UFR Médecine
Ecole de sages-femmes René Rouchy

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE
PLURIDISCIPLINAIRE EN RESEAU SUR LE
DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET LE DEVENIR
DES ENFANTS DE FEMMES PRECAIRES OU
VULNERABLES**

Présenté par Mademoiselle Aurore HERIN

Sous la direction de Monsieur le professeur Loïc SENTILHES

Juin 2012

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné (e),
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un
document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation
des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer
toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

Remerciements

Je remercie sincèrement tous ceux qui ont permis à ce travail d'aboutir, en particulier :

- Loic Sentilhes, pour avoir accepté de diriger ce mémoire,
- Sylvie Boudier, pour ses conseils avisés et ses précieuses connaissances des patientes, de l'Unité et du réseau,
- Brigitte Goichon, pour avoir su me guider dans les dédales méthodologiques et statistiques de ce travail,
- Estelle De Montard et Gaëlle Tessier pour leur accueil et leur aide,
- L'ensemble des membres de l'UMPSP et du réseau pour leur collaboration,
- Mathilde, pour son tact et son soutien,
- Philippe pour ses connaissances informatiques,
- Laurent pour sa patience,
- Mon père, sans qui je n'aurai pu réaliser mes études supérieures.

Contenu

LEXIQUE	11
INTRODUCTION	15
Première partie: description du réseau et enjeux de la prévention prénatale précoce ..	17
1. Création, fonctionnement et partenaires de l'UMPSP.....	17
1.1. Plan périnatalité "Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007"	17
1.2. Plan santé mentale 2005 - 2008.....	17
1.3. Rapport de la commission « violence et santé ».....	17
2. Organisation et fonctionnement de la structure de soin	18
2.1. Organisation	18
2.2. Fonctionnement	19
2.3. Partenaires privilégiés de prise en charge.....	19
2.3.1. Unité Kangourou	19
2.3.2. Service de Néonatalogie	20
2.3.3. Protection maternelle et infantile.....	20
2.3.4. Les services sociaux	20
2.3.5. Les services de l'aide sociale à l'enfance	20
3. Précarité et vulnérabilité : de la réalité sociale aux conséquences obstétricales	21
3.1. Situation dans la population générale.....	22
3.2. Etat des lieux en Maine et Loire.....	22
3.3. Conséquences obstétricales de la précarité et de la vulnérabilité.....	23
4. La parentalité : élaboration normale et pathologique	24
4.1. Le concept de bébé à risque (LENSEELE, 2011)	24
4.2. Composantes normales de la parentalité	25
4.2.1. Composante culturelle	25
4.2.2. Composante sociale	25
4.2.3. Composante intersubjective.....	26
4.3. Les troubles de la parentalité	26
4.3.1. Les troubles différés ou structurels.....	26
4.3.2. Les troubles de l'élaboration narcissique	27
4.3.3. Les troubles provoqués par le remaniement psychique.....	27
4.4. La place de l'évaluation pluridisciplinaire	28

Deuxième partie : étude	31
1. Méthodologie.....	31
2. Résultats	33
2.1. Contexte psychosocial lors de l'inclusion dans le réseau.....	33
2.2. Profil obstétrical	38
2.3. Déroulement de la grossesse.....	41
2.3.1. Contexte initial	41
2.3.2. Prise en charge en UMPSP	41
2.3.3. Suivi de la grossesse	42
2.4. La naissance.....	47
2.4.1. Mode d'entrée en travail :.....	47
2.4.2. L'accouchement :	49
2.4.3. Coordonnées des nourrissons	49
2.5. Séjour en maternité.....	51
2.6. Sortie de maternité.....	53
2.6.1. Suivi médical	53
2.6.2. Suivi psychosocial	54
2.7. Evolution des enfants	54
2.7.1. Signalement fait pour l'enfant à naître (n=34)	55
2.7.2. Grossesses sans signalement (n=69)	67
3. Discussion.....	87
3.1. Caractéristiques de la population étudiée	87
3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents.....	87
3.1.2. Antécédents et pathologies pré-gestationnelles.....	88
3.2. Contexte de la grossesse	88
3.3. Surveillance prénatale.....	89
3.4. Complication de la grossesse.....	89
3.5. Travail et accouchement.....	90
3.6. Coordonnées des nourrissons	90
3.7. Séjour en maternité.....	91
3.8. Pertinence des orientations en sortie de maternité.	92
3.9. Placement et troubles du comportement.....	93
3.10. Limites de l'étude	94

3.11. Propositions	95
CONCLUSION.....	99
BIBLIOGRAPHIE.....	101
ANNEXES.....	Erreur ! Signet non défini.

LEXIQUE

AAH	Allocation aux Adultes Handicapés
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert ; cf. Annexe 6
AMP	Assistance Médicale à la Procréation
ANAS	Association Nationale des Assistants de service Social
API	Allocation de Parent Isolé
AS	Allocation Spécifique
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASS	Allocation Spécifique de Solidarité
Centre Winnicott	Centre psychothérapeutique pour enfants
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CESAME	Centre de Santé Mentale Angevin
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire

CIRCO	Circonscription action sociale et santé. Territoire départemental rattaché à une Maison des Solidarités
CMPP	Centre Médico-PsychoPédagogique
DISMO	Dispositif d'Insertion Sociale en Milieu Ordinaire. Sa mission est d'accompagner le projet individualisé de chaque mineur, en impliquant sa famille dans un principe de co-éducation.
EPREMED	European Policy Information Research for Mental Disorders
ERCF	Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtale
ESEMED	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FSV	Fond de Solidarité Vieillesse
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HOME	Maison d'enfants à caractère social de la région Nantaise spécialisée dans la prise en charge des troubles précoces du développement
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire

IP	Information préoccupante (= LIP)
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JE	Juge des Enfants
LIP	Lettre d'Information Préoccupante
MAP	Menace d'Accouchement Préaturé
MDS	Maison Des Solidarités. Lieu dans lequel une équipe pluridisciplinaire exerce une fonction d'accueil, d'écoute et d'orientation pour en œuvre les missions du Conseil général sur un territoire de référence
NR	Non Renseigné
pH	Potentiel Hydrogène. Mesure de l'activité chimique des ions hydrogènes (H ⁺) en solution. Sa valeur mesurée au cordon ombilical est un critère d'évaluation de l'hypoxo-ischémie néonatale
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PN	Poids de Naissance
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SA	Semaines d'Aménorrhée
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente

SAO2	Saturation Artérielle en Oxygène
Score d'Apgar	Score qui permet d'évaluer l'état d'un nouveau-né
TISF	Technicien(ne) de l'Intervention Sociale et Familiale
TOC	Troubles Obsessionnels Compulsifs
T2A	Tarifcation A l'Activité
UMPSP	Unité Médico Psychosociale en Périnatalité

INTRODUCTION

En 2002, à travers son rapport sur la violence et la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) interpellait les pouvoirs publics sur l'urgence à prévenir un problème qui tue chaque année près de deux millions de personnes dans le monde. La première des recommandations émises dans ce rapport était l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de plans d'actions au niveau national.

Cette recommandation a été reprise dans son principe, en France, dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et a permis la mise en place de cinq plans de santé publique. Deux intéressent particulièrement les raisons d'être de l'UMPSP : le plan périnatalité 2005-2007 et le plan Santé mentale 2005-2008.

Née en 2007, sous l'impulsion conjointe d'une volonté politique et médicale, l'Unité Médico-Psychosociale en Périnatalité du CHU d'Angers a pour but d'optimiser la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité.

Elle se compose de professionnels de la périnatalité, comporte des membres permanents ainsi que des intervenants ponctuels. Chaque fois que la situation des patientes l'exige, la sage-femme de liaison assure la collaboration avec les services spécialisés compétents. Lorsque les patientes quittent le département la sage-femme s'assure de la continuité des soins et de la transmission des informations à l'établissement d'accueil.

Depuis sa création, l'UMPSP a accompagné tout au long de leur grossesse 190 femmes en situation de précarité et /ou vulnérables.

A ces patientes complexes, en marge des prises en charges traditionnelles, relevant le plus souvent de plusieurs unités de prise en charge, sans pour autant qu'aucune ne soit spécifique, l'UMPSP a proposé des solutions d'accompagnement pré et post natal.

L'avis de l'ensemble des professionnels impliqués auprès de l'Unité a mis en exergue un manque d'informations statistiques sur les effets de la prise en charge pluridisciplinaire au cours de la grossesse au CHU d'Angers et sur l'avenir des enfants à plus long terme.

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer l'impact de ce type d'accompagnement sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement (compliance des patientes au suivi, taux de survenue et types de complications, etc.) et sur le devenir des enfants à moyen terme (existence de troubles des interactions parents/enfants, nombre d'enfants confiés aux services de l'ASE, apparition de troubles du comportement, type de troubles observés, etc.).

Dans un premier temps nous présenterons l'organisation, le fonctionnement général de l'unité, ses différents partenaires et dans quelle mesure ils interviennent. Puis, nous dresserons un état des lieux de la précarité en Maine et Loire et de ses effets attendus sur le déroulement de la grossesse. Ensuite nous nous attacherons à définir les troubles de la parentalité. Nous verrons comment la prise en charge précoce vise à les prévenir. Dans une seconde partie, nous établirons un bilan rétrospectif du fonctionnement de l'unité sur quatre ans en analysant les contextes de prise en charge en UMPSP, le déroulement des grossesses, la compliance des patientes au suivi proposé, l'état de santé du nourrisson à la naissance, la prise en charge psychosociale du couple parent/enfant en sortie de maternité et à plus long terme.

Première partie: description du réseau et enjeux de la prévention prénatale précoce

1. Création, fonctionnement et partenaires de l'UMPSP

1.1. Plan périnatalité "Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007"

A la suite du rapport de la mission périnatalité élaboré par trois experts (Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE), le ministre de la Santé et de la Protection sociale Philippe Douste-Blazy a décidé de mettre en œuvre un plan d'action pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance.

Les principaux axes de ce plan sont renseignés en annexe 1 :

1.2. Plan santé mentale 2005 - 2008

En 2005, une enquête internationale (ESEMED-EPREMED) a estimé à plus d'un tiers de la population française les personnes ayant souffert d'au moins un trouble mental au cours de leur vie ainsi qu'à une sur cinq celles qui en avaient souffert dans l'année en cours. Fort de ce constat, le ministre Philippe Douste-Blazy a lancé plan santé mentale 2005/2008 qui dresse un état des lieux de la santé mentale en France. Ce plan a défini cinq objectifs, les troisième et quatrième intéressent particulièrement le champ de la périnatalité.

Les principaux axes de ce plan sont développés en annexe 2.

1.3. Rapport de la commission « violence et santé »

Le rapport « violence et santé » a été réalisé par le Comité d'orientation « violence et santé » (TURSZ, 2006).

Ce rapport a mis en évidence que les déterminants principaux sont la détresse affective, l'isolement et la consommation d'alcool ; que les phénomènes de violence touchent toutes les catégories sociales et professionnelles. L'auteur des actes de violence est le plus souvent un proche de la victime.

La commission proposait trois axes majeurs d'amélioration :

- Développer la connaissance statistique et scientifique, jugée insuffisante.
- Améliorer la sensibilisation, l'information et la formation de l'ensemble des acteurs du secteur médico-social et du le grand public.
- Renforcer les unités médicopsychologiques et les unités médicojudiciaires, dispositifs spécifiques concourant à la prise en charge des victimes de violences, notamment en accroissant leur couverture sur le territoire national.

Si depuis 2004, on peut relier à ce rapport plusieurs actions menées dans le cadre de politiques spécifiques (violences routières, addictions, violences faites aux femmes, etc.), on constate que le plan « Violence et santé » n'a jamais vu le jour, le rapport d'étude préalable fournit cependant des pistes de travail majeures dans le champ de la périnatalité et de la prévention des violences faites aux femmes en situation de vulnérabilité.

2. Organisation et fonctionnement de la structure de soin

2.1. Organisation

L'Unité se compose :

- de membres permanents, disposant de postes dédiés, financés par le CHU. Ils sont: un médecin gynécologue-obstétricien coordonnateur, une sage-femme de liaison, une psychologue de liaison, un pédiatre, un pédopsychiatre, un échographiste de référence et une secrétaire.
- d'intervenants hospitaliers du CHU : gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes de consultation (notamment dans le cadre de la Permanence d'Accès aux Soins et à la Santé), pédopsychiatres, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, cadres sages-femmes et puéricultrices, médecins légistes,

membres du comité d'éthique, praticiens hospitaliers d'addictologie, de neurologie, de cardiologie et de toutes spécialités intervenant dans la prise en charge de la patiente.

- d'intervenants extrahospitaliers : PMI, inspecteurs de l'ASE, assistantes sociales de secteur, éducateurs de l'Assistance Educative en Milieu Ouvert, tuteurs ou curateurs, psychiatres libéraux ou de structures spécialisées (CESAME, Centres Médico-Psychologiques), professionnels des centres maternels, professionnels des pouponnières, intervenants du SAMU social, Officiers de Police Judiciaire.

2.2. Fonctionnement

Les missions de l'UMPSP sont d'assurer l'accueil des patientes précaires et/ou vulnérables, leur orientation vers les professionnels compétents (prise de rendez-vous, accompagnement vers le centre d'examen biologiques, proposition de rencontre avec un psychologue, proposition de consultations en génétique, etc.) dans la période périnatale.

Les dossiers sont présentés par la sage-femme de liaison (ou par l'intervenant qui connaît le mieux la patiente) à l'ensemble des membres de l'Unité lors d'un staff hebdomadaire. A cette occasion sont émises la ou les propositions de prises en charge paraissant les plus adaptées à la singularité de la situation médico-psychosociale ainsi qu'aux souhaits de la patiente.

La conduite à tenir pré et postnatale est alors consignée dans le dossier obstétrical et un compte rendu de situation est adressé au médecin traitant.

2.3. Partenaires privilégiés de prise en charge

Afin de mieux appréhender l'organisation au réseau auquel appartient l'UMPSP il convient de présenter succinctement chacun des partenaires de l'unité.

2.3.1. Unité Kangourou

Il s'agit d'une unité d'hospitalisation conjointe de la mère et du nourrisson dans la période immédiate du postpartum. Elle est sous la dépendance du service de néonatalogie

et dispose de puéricultrices dédiées. Elle accueille les enfants modérément prématurés, ou nécessitant des soins particuliers.

2.3.2. Service de Néonatalogie

Aspécifique de l'UMPSP, il intervient auprès des nouveau-nés prématurés ou présentant une pathologie grave. Ce service est également amené à accueillir des enfants lorsque leur mère est dans l'incapacité physique ou psychique de s'occuper d'eux, ou s'ils encourent un risque vital en restant auprès d'elle. Le service de néonatalogie intervient en tant qu'unité temporaire d'hébergement des enfants nés sous X ou faisant l'objet d'une mesure judiciaire de placement dès la naissance.

2.3.3. Protection maternelle et infantile

Composée de médecins, pédiatres, sages-femmes et puéricultrices répartis par secteurs géographiques, elle assure la continuité des soins aux enfants lors du retour à domicile. Elle permet d'étayer les parents dans leurs fonctions mais aussi de repérer et le cas échéant de signaler d'éventuels dysfonctionnements dans la parentalité.

Les missions générales de la PMI sont développées en annexe 3.

2.3.4. Les services sociaux

Ils assurent une mission de liaison et de coordination entre l'ensemble des acteurs de l'unité et du secteur. Ce faisant, ils garantissent la mise en œuvre de réponses non standardisées. Ce « sur mesure » permet une continuité de prise en charge médico-psychosociale. Les missions spécifiques des assistants sociaux hospitaliers sont renseignées en annexe 4.

2.3.5. Les services de l'aide sociale à l'enfance

Ce service du conseil général prend spécifiquement en charge le champ de protection de l'enfance. Il intervient à la demande de l'UMPSP, de la PMI, des services sociaux, scolaires ou de tout citoyen qui constate une situation d'enfant en danger.

L'Aide Sociale à l'Enfance a également pour mission de recueillir, via l'Unité Enfance en Danger, toutes les lettres d'information préoccupantes concernant les situations particulières d'enfants mineurs. « Une information préoccupante est constituée de tous les éléments, y compris médicaux, susceptibles de laisser craindre qu'un mineur se trouve en situation de danger et puisse avoir besoin d'aide, qu'il s'agisse de faits observés, de propos entendus, d'inquiétude sur des comportements de mineurs ou d'adultes à l'égard d'un mineur ». (ONED) Cette unité les examine, diligente ou non une enquête sociale et, le cas échéant, transmet les informations au Parquet. Les missions de l'ASE ainsi que le parcours d'une information préoccupante sont détaillées en annexe 5.

3. Précarité et vulnérabilité : de la réalité sociale aux conséquences obstétricales

Joseph Wresinski, membre du conseil économique et social de la République française, rédige un rapport dans lequel il propose une définition de la précarité qui fait encore aujourd'hui référence :

« 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. 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 » (WRESINSKI, 1987).

Christian Loisy définit la précarité comme « un ensemble de facteurs de risque et d'incertitude sur l'emploi et les ressources qui conduirait à la pauvreté ». Il explique que la précarité est liée à des instabilités « de revenus(...), d'emplois(...), de situations personnelles(...), de conditions de logement, de santé ». Les personnes ou foyers précaires sont donc fragilisés par un manque de stabilité qui ne leur permet pas de maîtriser ni de planifier les événements de leur vie à moyen terme. Les concepts de fragilité, de manque de stabilité, de vulnérabilité sont donc indispensables à la définition et à la compréhension du phénomène de précarité. Les vulnérabilités peuvent être liées à des moments particuliers de la vie comme la grossesse, l'enfance ou la vieillesse mais aussi au «contexte social, familial ou sanitaire». Cependant il est parfois difficile de savoir si ces situations de vulnérabilité sont la cause ou la conséquence de la précarité.

C'est lorsque les instabilités s'accroissent et que la précarisation s'aggrave, que les personnes peuvent glisser vers la pauvreté (LOISY, 2000).

3.1. Situation dans la population générale

En France, selon les statistiques de l'INSEE publiées en 2009, le taux de personnes vivant sous le seuil de pauvreté s'élève à 13,5% de la population générale (individus vivant avec moins de 60% du revenu médian soit 908 Euros mensuels) et le taux de chômage à 9,1%.

La précarité touche particulièrement les femmes, notamment les familles monoparentales. En effet le taux de pauvreté (seuil à 60%) est plus important chez les femmes seules actives que dans le reste de la population (14,5%) et il augmente encore lorsqu'elles ont un ou des enfants à charge (26,8%).

Ces chiffres montrent que l'emploi ne semble plus être une protection suffisante contre la pauvreté surtout du fait du développement des emplois précaires qui touche fortement les femmes : la moitié des femmes seules occupe un emploi à temps partiel.

Il est courant de considérer que la grossesse est une période de fragilité et de vulnérabilité pouvant entraîner une aggravation de la situation de ces femmes. Pourtant, même si c'est le cas pour certaines, la grossesse est aussi une occasion d'améliorer leurs conditions de vie. Ceci a été mis en évidence lors d'entretiens menés par l'Observatoire du Samu Social auprès de femmes enceintes vivant dans la rue (BRUNET L, CARPENTIER S, LAPORTE A, POURETTE D, GUILLON B., 2005). Ce rapport montrait que la grossesse pouvait être un bénéfice pour elles tout, d'abord en leur apportant un but qui les pousse à se projeter dans l'avenir, et d'autre part en recréant un lien social avec les institutions hospitalières et psychosociales.

3.2. Etat des lieux en Maine et Loire

En 2004, un ménage sur dix résidant en Maine-et-Loire ne dispose pour vivre que de la perception d'un des minima sociaux, RMI, AAH, API, ASS, ou AS du FSV. La répartition de ces ménages en situation très précaire est proche de celle des ménages pauvres ou dépendants des prestations. La moitié réside à Angers, Cholet ou Saumur.

Toutefois, c'est dans l'est du département, dans les communautés de communes de Loire-Longué, du canton de Baugé ou de la région de Doué-la-Fontaine que la proportion de bénéficiaires est maximale ($\geq 10\%$). Elle est minimale dans le Pays des Mauges et autour d'Angers.

La précarité est souvent une conséquence de l'exclusion prolongée du monde du travail : 1,2 % des actifs du département en fin de droits perçoit l'Allocation Spécifique de Solidarité et 3,0 % de la population âgée de 25 ans à 59 ans perçoit le Revenu Minimum d'Insertion. Entre 2002 et 2004, le nombre d'allocataires du RMI a fortement augmenté, sans doute en lien avec le chômage mais surtout en raison du changement de législation concernant l'ASS. La population bénéficiaire du RMI est très concentrée : 62 % des allocataires résident dans les trois principales villes. La répartition des bénéficiaires de l'ASS est proche de celle des chômeurs, avec une surreprésentation au centre du département. L'ouest du département, où le chômage est faible, est moins concerné (INSEE Pays de Loire, 2007).

En novembre 2011 on constate que la catégorie de population la plus touchée par le chômage en Maine et Loire est celle des femmes de 25 à 49 ans (Direccte des Pays de la Loire / service E.S.E).

3.3. Conséquences obstétricales de la précarité et de la vulnérabilité

Depuis 2006 le congrès américain des gynécologues obstétriciens recommande le dépistage des facteurs de précarité et de vulnérabilité au cours de la grossesse. De multiples études, (SOKOL, ROBERT J., MEHTA, SHOBHA H., 2008) ont démontré que des facteurs psychosociaux tels que l'instabilité du logement, l'usage du tabac, la violence conjugales (CHAMBLISS, LINDA R., 2008), les troubles de l'alimentation, etc. sont liés à un accroissement de la morbidité maternelle et fœtale. En effet, il a été démontré que les situations de précarité et de vulnérabilité accroissent les risques de fausse couche aux premier et deuxième trimestres, d'accouchement prématuré et de faible poids de naissance (WECK, REBEKAH L.; PAULOSE, TESSIE; FLAWS, JODI A., 2008). Il existe, dans les situations de vulnérabilité sociale, un retard à la prise en charge de la grossesse. Les soins sont reçus plus tard, souvent dans le cadre de l'urgence. Il n'y a pas de notion de qualité

des soins, les décrochages de suivi sont fréquents ainsi que les problèmes d'observance de traitement (MATHIEU-CAPUTO, 2010).

D'autre part l'exposition chronique au stress au cours de la grossesse, et plus particulièrement les états anxieux, seraient associés à une hausse de l'incidence de la schizophrénie chez les enfants à naître (MOLENAT, Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque ?, 2011). Bien que ces données soient à modérer du fait du caractère rétrospectif de l'étude et de nombreux facteurs de confusion possibles, des études menées sur les muridés ont scientifiquement prouvé la survenue de modifications biologiques à incidence cognitives et mnésiques suite à une exposition au stress in utéro (CAMBONIE G., RIDEAU A., BIENFAIT M. et al., 2010).

Enfin le stress post natal généré par une brusque séparation mère-enfant serait source de comportements dépressifs chez les modèles animaux. Il est à noter que l'effet de la séparation chez le rat passe du délétère au stimulant selon qu'elle est précoce ou tardive. (MULLICK Mrinal, MILLER Laura J., JACOBSEN Teresa, 2001) Certes, si ces résultats présentent l'avantage de supprimer les facteurs de confusion entre la nature du stress et les troubles observés, leur transposition chez l'homme ne relève que de l'hypothèse. Cependant, au vu de ces études animales il est permis de penser qu'une réduction du stress anténatal, à défaut de prévenir la survenue de troubles infantiles du comportement, peut au moins améliorer la qualité du vécu de la grossesse par la mère et assurer des conditions optimales d'entrée dans la parentalité.

4. La parentalité : élaboration normale et pathologique

4.1. Le concept de bébé à risque (LENSEELE, 2011)

Les travaux de Terry B. Brazelton (BRAZELTON, 1990) l'ont conduit à développer le concept de «bébé à risque» : bébé prématuré, enfant exposé à des toxiques, souffrant d'anomalie congénitale, ou ayant subi une naissance traumatique. Les compétences de ces bébés peuvent être altérées, comme les premiers mouvements d'identification des parents au bébé, ce qui rend les premiers échanges plus difficiles.

Pour Brazelton, (BRAZELTON T.B.; NUGENT J.K., 1995) le comportement des nouveau-nés à risque est différent de celui des nourrissons nés à terme, en bonne santé, qui vont pouvoir s'adapter rapidement à l'environnement extra-utérin. Ces nouveau-nés à

risque présenteraient par exemple un sommeil pauvre, une difficulté à adopter un tonus relâché, etc. Ce comportement difficile à interpréter engendrerait une sous-stimulation de la part de parents désireux d'épargner leur nourrisson fragilisé. Face aux non-réponses de leur enfant, les parents peuvent par ailleurs se sentir rejetés et se trouver eux-mêmes fragilisés.

Pour André Bullinger, une très large partie des ressources de plasticité du bébé souffrant de déficit est utilisée pour contourner ou dépasser ce déficit (BULLINGER, 2004). Le bébé qui «s'écarte des attentes typiques de son milieu », n'a plus les ressources pour le satisfaire. Il convient donc d'être attentif aux capacités relationnelles du bébé dans l'instauration des premiers liens qui conditionneront pour partie l'entrée dans la parentalité.

Avant d'aborder les troubles de la parentalité, que la prise en charge prénatale précoce vise à prévenir, nous en présenterons les composantes normales afin de mieux comprendre la genèse des « dysparentalités » et les mesures de prévention mises en œuvre. Selon G. Pousin : « Le désir de devenir parents est un composé complexe de nos instincts les plus fondamentaux, de notre rencontre avec un autre sujet irrémédiablement différent, de nos sublimations communes, de notre capacité de symbolisation et de la façon dont elle s'est construite dans notre histoire personnelle. »(POUSIN, 1999)

4.2. Composantes normales de la parentalité

Alain Bouregba définit l'exercice de la parentalité comme « l'ensemble des comportements communs aux plus grand nombre de parents dans une société et à une époque donnée. » Historiquement, le modèle culturel de parentalité dans notre pays était patriarcal et autocratique, de par son héritage chrétien (BOUREGBA, 2004).

4.2.1. Composante culturelle

Elle se compose d'une exigence de savoir-faire psycho-éducatif (se traduisant par des moments d'éveil, d'écoute et de dialogue entre le parent et l'enfant) et d'un culte de la réussite de l'enfant (se traduisant par la mise en compétition de celui-ci avec ses pairs dans des domaines variés tels le sport, la scolarité, l'intimité affective,...).

4.2.2. Composante sociale

Cette composante est véhiculée dans notre société par la diffusion massive, via les médias, d'une vision standardisée consumériste des rapports humains. Ce comportement normatif, Freud le décrivait en 1929 comme « un danger suscité par un état particulier qu'on peut appeler la misère psychologique de la masse. » (FREUD, 1934 et 1970). Cette composante menace de générer un impact négatif par un regard observateur restrictif sur la relation parent/enfant. Ainsi un parcours parental immergé dans des difficultés socio-économiques, dominé par les ruptures affectives conduit à une impossible reconnaissance de leurs comportements dans la norme des pratiques parentale accélérant la disqualification sociale desdits parents. Inversement, des parents peuvent ne pas se reconnaître dans les normes du modèle social dominant (dialogue, confort matériel, etc.) et posséder d'excellentes compétences.

4.2.3. Composante intersubjective

Cette composante implique les processus psychiques inconscients mobilisés lors de l'accession à la parentalité.

Devenir parents implique une réorganisation des axes identitaires et relationnels de la personnalité. Le rapport à soi, l'identité psychosociale, la relation à autrui et à ses propres parents se trouvent modifiés. Il s'agit en cela d'une étape maturative analogue à celle observée au cours de l'adolescence. En cela le processus de parentification peut s'apparenter à une crise psychique qui, comme toute crise, peut générer des troubles. Contrairement à l'adolescence, il n'existe pas de psychopathologie établie de la crise de la parentalité, cependant, un groupe de travail dirigé par le professeur Didier Houzel se propose d'apporter des solutions pour tenter de traiter les dysparentalités (HOUZEL, 1999).

Cette approche psychologique s'articule avec les composantes culturelles et sociales de la parentalité et ne doit pas les faire négliger. Le parent tire sa légitimité d'un ordre à la fois culturel, social et intégré à l'inconscient ; toute intervention visant à traiter les dysparentalités doit donc associer démarche clinique et analyse contextuelle.

4.3. Les troubles de la parentalité

4.3.1. Les troubles différés ou structurels

Il s'agit de troubles pathologiques latents qui peuvent rester silencieux les premières années de vie de l'enfant mais qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur son développement. Ces troubles déterminent une structure et une dynamique du groupe familial propices à une désorganisation et à la violence. Ils sont exclusivement induits par le processus de parentification, ils sont délimités à un espace clinique spécifique et sont indépendants de la psychiatrie de l'adulte. Il n'existe pas de prévention précoce possible cependant ils constituent des repères pour analyser des situations de parents abandonniques, disqualifiant ou maltraitants (BOUREGBA, 2004). Ces troubles sont détaillés en annexe 7.

4.3.2. Les troubles de l'élaboration narcissique

L'origine de ces troubles se trouve dans la difficulté, voire l'incapacité, du parent à commuer son investissement narcissique de l'enfant en un investissement objectal. L'enfant n'est pas considéré en tant qu'être à part entière mais comme un objet de réparation, de comblement des carences narcissiques de la personnalité du parent (MANZANO J., PALACIO-ESPASA F., ZILKHA N., 2009). Ces troubles sont détaillés en annexe 8, la psychose en fait partie. Martine Lamour et Marthe Barraco ont proposé pour ces cas spécifiques une prise en charge conjointe en unité mère/enfant (GABEL Marceline, MANCIAUX Michel, LAMOUR Martine, 2005) (LAMOUR M., BARRACO M., 1998).

4.3.3. Les troubles provoqués par le remaniement psychique

Ils constituent un ensemble de manifestations de crise accompagnant la grossesse et la naissance. Ces réactions sont inhérentes aux bouleversements psychiques induits par l'expérience de parentalité. Elles se manifestent le plus souvent par des états dépressifs apparaissant subitement à la naissance par actualisation de chocs psychiques anciens, et ce, de la même manière chez la mère que chez le père. Ces manifestations sont exacerbées par les épreuves traumatiques survenant au cours de la grossesse (deuils, agressions, maladie d'un autre enfant, les séparations). La précarité et les situations d'errance, de par l'état d'instabilité sociale et affective majeure dans laquelle elles plongent le sujet, renforcent

l'apparition de ce type de troubles. Les risques pour l'enfant sont des mauvais traitements, des carences affectives pouvant conduire à l'abandon par replis dépressif du parent. La prévention de ces troubles s'effectue au cours de la grossesse par un repérage précoce des épreuves traumatogènes et la limitation de leurs effets par un soutien psychologique accru (respect de temps de paroles avec le patient, proposition de rencontre avec un psychologue, rencontre avec un personnel expérimenté dans le repérage des situations à risque). Dans le post partum, un renforcement des positions narcissiques (encouragements, soulignement des progrès effectués) et des recentrages sur ses capacités de maternage et d'interactions avec l'enfant vont permettre l'évitement des positions de replis.

4.4. La place de l'évaluation pluridisciplinaire

La difficulté de toute intervention réside dans l'évaluation préalable qui peut être faite de la situation. D'où l'importance sur ce point essentiel de chercher à acquérir le maximum d'objectivité dans cette analyse et de ne pas confondre la réalité avec ce que nous y projetons de nos peurs, de nos inquiétudes ou de nos propres fantasmes. Il s'agit, entre autre, de tenter de réguler notre subjectivité par la construction d'outils d'évaluation susceptibles de nous aider à prendre un peu de distance avec nos émotions et nos valeurs idéologiques de la famille idéale. Toute évaluation sur la parentalité devrait comprendre trois niveaux d'observation solidement imbriqués (FABLET D., SELLENET C., 2010) :

- Un niveau macroscopique : celui des conduites socialement prescrites et publiquement annoncées (en d'autres termes, le rôle parental) ;
- Un niveau microscopique : celui des interactions observables, répertoriables les comportements, les pratiques parentales quotidiennes avec l'enfant ou la famille dont il est question ;
- Un niveau endoscopique : celui des effets de la présence des parents sur le développement du jeune enfant, ce qui suppose un centrage de l'évaluation sur l'enfant.

C'est ce que s'efforce de faire l'UMPSP en impliquant un maximum de partenaires afin de recueillir une vision globale de la situation psychosociale des parents ou futurs parents. Suite à cette évaluation se pose la question du niveau d'intervention pertinent pour répondre aux situations singulières. Différents niveaux d'intervention possibles sont

proposés par J. Chevrier dans un travail en vue d'obtention d'une Maitrise en Sciences et Techniques Intervention et Développement Social et Diplôme Supérieur en Travail Social. Ils sont détaillés en annexe 9.

« La maternité, par tout le matériel qu'elle offre dans le cataclysme naturel qu'elle suscite, est à mon sens à faire, à utiliser comme période privilégiée car privilégiant le vécu de chocs anciens et permettant à celle qui la vit de se soigner. Cette crise curative peut être organisatrice pour le psychisme à condition d'être développée, accompagnée, contenue. »
Catherine Bergeret Amselek (BERGERET-AMSELEK, 2005)

Deuxième partie : étude

Le premier objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la prise en charge pluridisciplinaire sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et sur l'instauration des liens entre parents et enfants.

Ensuite, nous avons observé l'évolution médico-psychosociale de l'enfant dans son milieu de vie afin d'évaluer la pertinence des orientations proposées en maternité.

1. Méthodologie

Afin d'évaluer la prise en charge des patientes par l'UMPSP nous avons réalisé une étude rétrospective au centre Hospitalier Universitaire d'Angers du 1 juin 2007 au 1 juin 2011. Le caractère potentiellement sensible des données recueillies a nécessité l'avis du comité d'éthique du CHU ; il a donné son approbation en août 2011.

Depuis sa création, tout au long de ces quatre premières années de fonctionnement, l'Unité a accompagné 174 grossesses de femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. A partir du cahier d'observations tenu par la sage-femme de liaison nous avons recruté l'ensemble des dossiers. Pour cela il nous a fallu retrouver les numéros du dossier obstétrical de chaque patiente puis les consulter au sein des archives du CHU.

9 dossiers ont été exclus car introuvables aux archives, l'un d'entre eux était saisi par la justice pour des faits de maltraitance supposés, ayant entraîné le décès d'un enfant.

Secondairement, 14 dossiers ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Choix d'interruption du suivi par la patiente au cours de la grossesse pour cause de déménagement (concerne 8 dossiers).
- Grossesse interrompue par une fausse couche précoce (concerne 2 dossiers)
- Choix d'interruption du suivi par la patiente sans motif retrouvé (cas d'un dossier)
- Dossier clos pour un désir d'accouchement sous X (cas d'un dossier)
- Dossier obstétrical inexploitable (concerne 2 dossiers)

Au total 151 dossiers ont été exploités. Cent quarante-six (146) concernaient des grossesses de singletons et 5 des jumeaux.

Parmi ces dossiers :

- 6 ont conduit à une interruption médicale de grossesse.
- 2 à une mort fœtale in utero dont l'étiologie retrouvée fut la chorio-amnionite.
- 1 à une interruption volontaire de grossesse à l'étranger.
- 1 à un décès néonatal au cours de l'accouchement (patiente s'est présentée aux urgences avec l'enfant à la vulve et un double circulaire serré du cordon ombilical)
- 3 enfants sont nés sous X et ont été adoptés.
- 3 dossiers étaient inexploitable car insuffisamment renseignés

Pour la seconde partie de l'étude ce sont donc 135 dossiers qui ont été exploités concernant 140 enfants. En accord avec le Conseil Général nous avons recueilli les données auprès des services de l'Aide Sociale à l'Enfance et la PMI nous a adressé un compte rendu de situation de chaque enfant bénéficiant d'un suivi (avec accord des parents). Vingt-six (26) dossiers ont été exclus car les enfants ont été perdus de vue dès la sortie de maternité.

Les critères d'analyse portent sur :

- Le contexte médico- psychosocial de la patiente et du couple avant l'inclusion dans l'Unité
- Les pathologies pré gestationnelles susceptibles d'influer sur la grossesse
- Le profil obstétrical
- Le déroulement de la grossesse
- L'accouchement
- La prise en charge néonatale de l'enfant
- La prise en charge médico-psychosociale post natale de la mère
- Le devenir des enfants à 1, 2, 3 et 4 ans : leur lieu de vie, leurs liens avec leurs parents, la survenue de troubles du comportement et leurs causes, la survenue de signalement à l'ASE et leurs suites.

Pour l'exploitation des données nous avons réalisé un masque de saisie, une saisie informatique et une analyse des données à partir du logiciel Excel.

2. Résultats

2.1. Contexte psychosocial lors de l'inclusion dans le réseau

Les patientes incluses dans notre enquête avaient entre 14 et 44 ans et leur âge moyen était de 27,2 ans avec une médiane à 26 ans, un écart type et une déviation standard estimée à 7,8 ans. Elles étaient très majoritairement d'origine française comme l'indique le graphique ci-dessous :

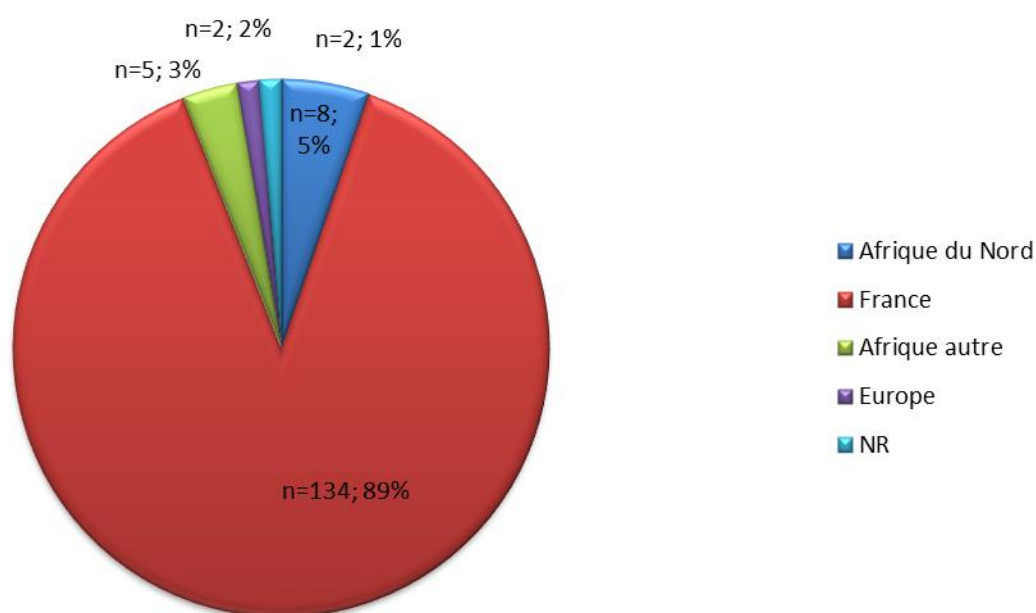


Figure 1 : Répartition des patientes par origine géographique

Il est à noter une très faible part de femmes étrangères ayant été adoptées par des parents français puisqu'elle s'élève à 2.6% (n=4)

L'item « niveau d'étude » des patientes était renseigné dans 46 cas. Les résultats étaient les suivants :

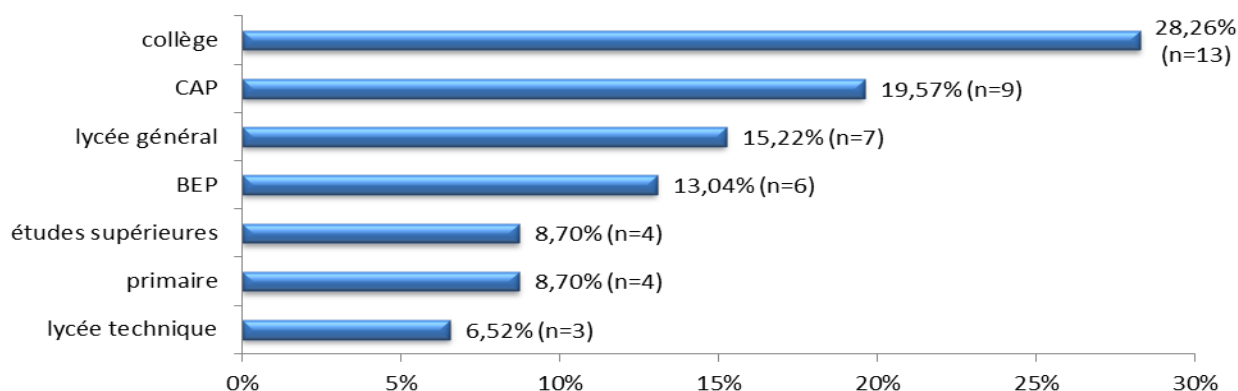


Figure 2 : niveau d'étude

Ces femmes étaient pour la plupart sans emploi mais pas seulement, car, comme nous l'avons évoqué plus haut, l'emploi ne peut être considéré comme un facteur d'évitement de la précarité. Les catégories socio-professionnelles représentées étaient les suivantes :

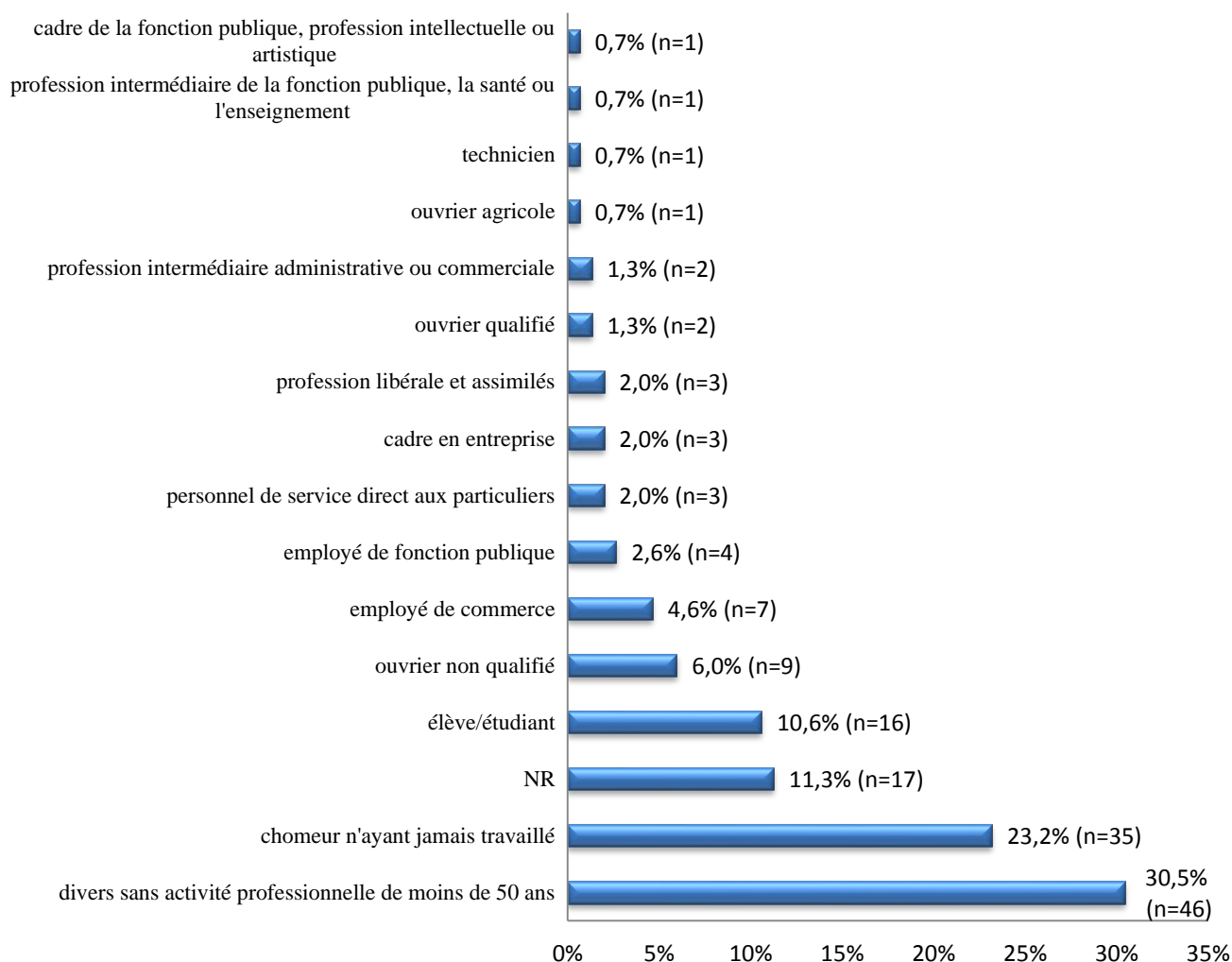


Figure 3 : Catégories socio-professionnelles des patientes

Il est à remarquer comme facteur de vulnérabilité associé que, toutes catégories socio-professionnelles confondues, 58,9% (n=151) de nos patientes présentaient des comportements addictifs avec une part significative de poly-addictions réparties comme suit :

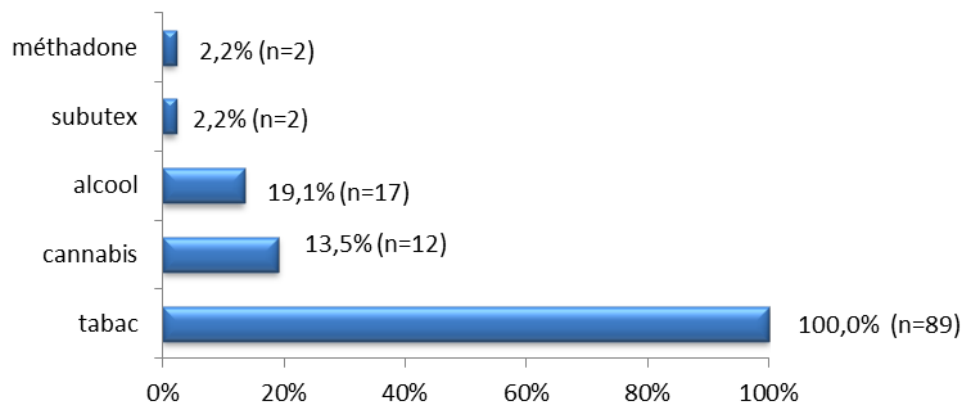


Figure 4 : Comportements addictifs.

Autre facteur de vulnérabilité, les troubles psychiatriques touchaient 47% de notre population (n=71/151). Parmi ces femmes près d'une sur trois (32% ; n=24) ne faisait l'objet d'aucun suivi régulier avant leur entrée dans l'unité. Les pathologies observées étaient les suivantes :

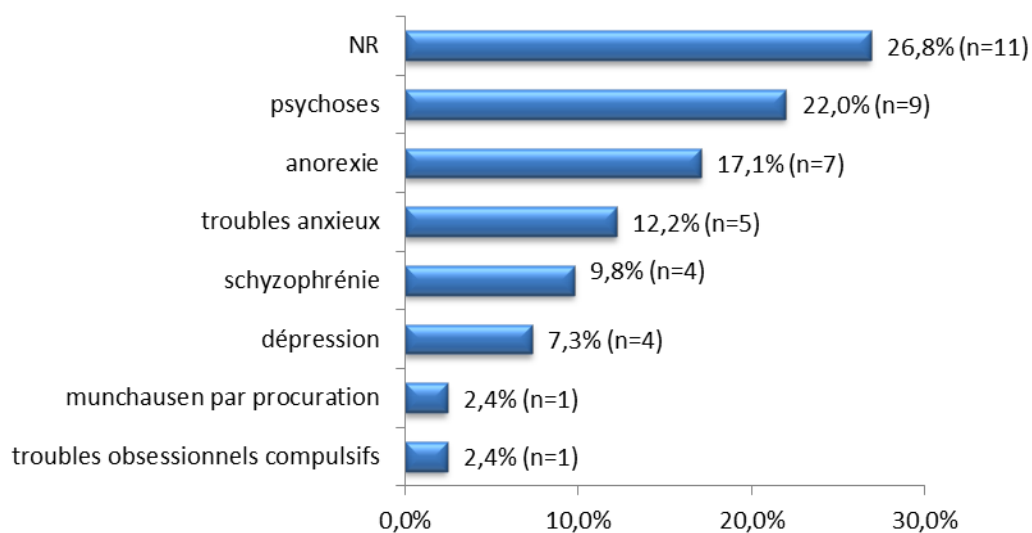


Figure 5 : Répartition des troubles psychiatriques maternels

Sur le pan médical et plus particulièrement le versant gynécologique seules 58,3% (88/151) avaient un suivi régulier à savoir un frottis cervico-vaginal datant de moins de trois ans ou l'utilisation d'une contraception hormonale induisant un suivi régulier.

33,1% des patientes (n=151) présentaient des pathologies organiques influant sur la grossesse et réparties comme suit :

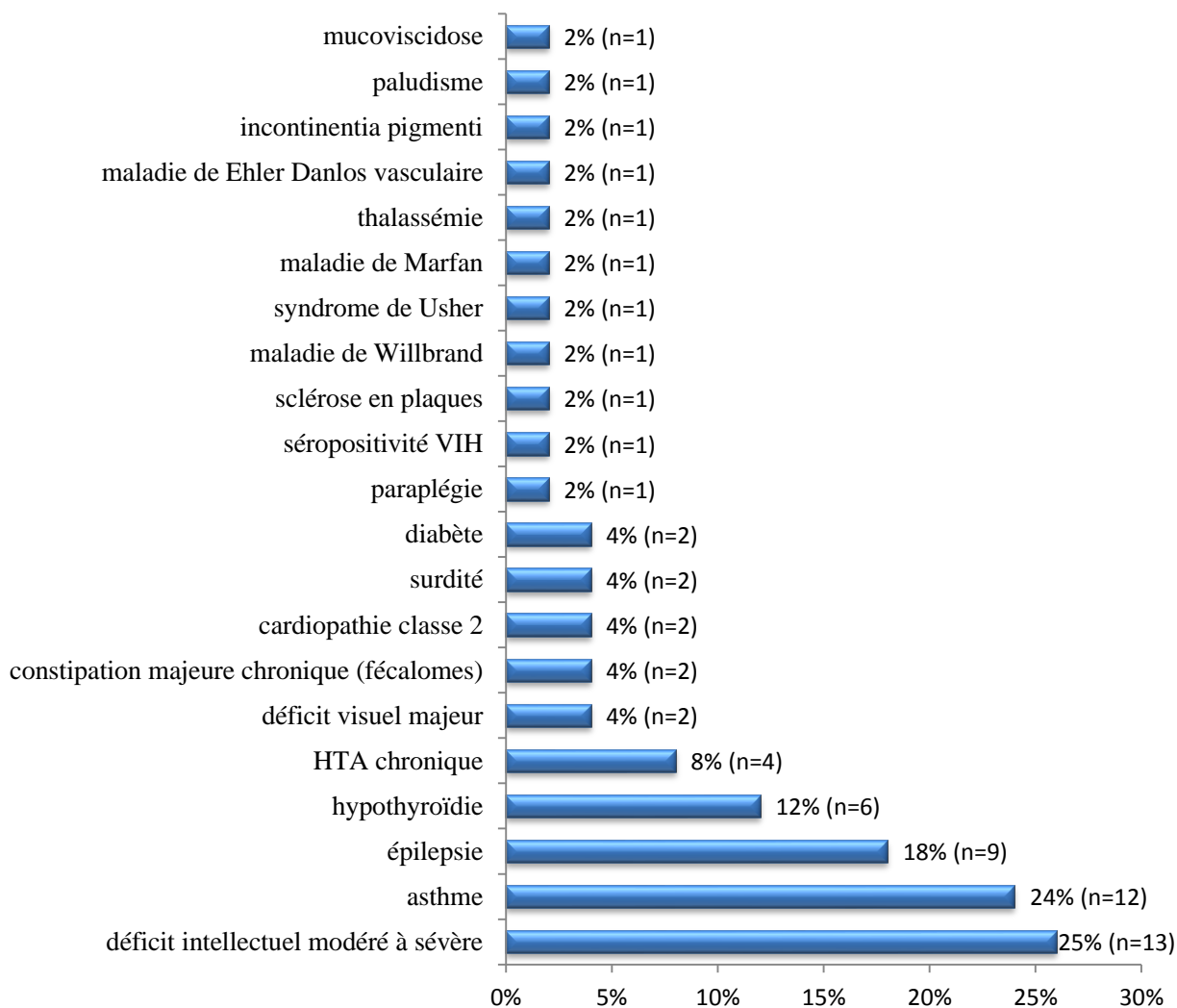


Figure 6 : Pathologies maternelles pré-gestationnelles

Nous avons recherché si la situation de précarité pouvait être corrélée à des troubles de l'indice de masse corporelle ; il s'est avéré que non car l'IMC moyen de ces patientes était de 22,8 (normal) avec une médiane à 22, un écart type de 5,7, une déviation standard de 7,3. Le minimum de 14 (maigreur)  tait à corréler non pas avec une grande précarité mais avec des troubles psychiatriques (anorexie mentale) et le maximum était de 47 (obésité morbide).

Ces femmes étaient accompagnées d'un conjoint dans 68,9% des situations (n=104) mais ceux-ci ont reconnu les enfants à seulement 62,3% lors de la naissance.

L'âge moyen de ces hommes était de 30 ans avec un minimum à 15 ans et un maximum à 62 ans ; la médiane était évaluée à 30 ans avec un écart type à 9,2 ans et une déviation standard à 13 ans. Ils étaient en majorité Français avec une répartition par nationalité comme suit :

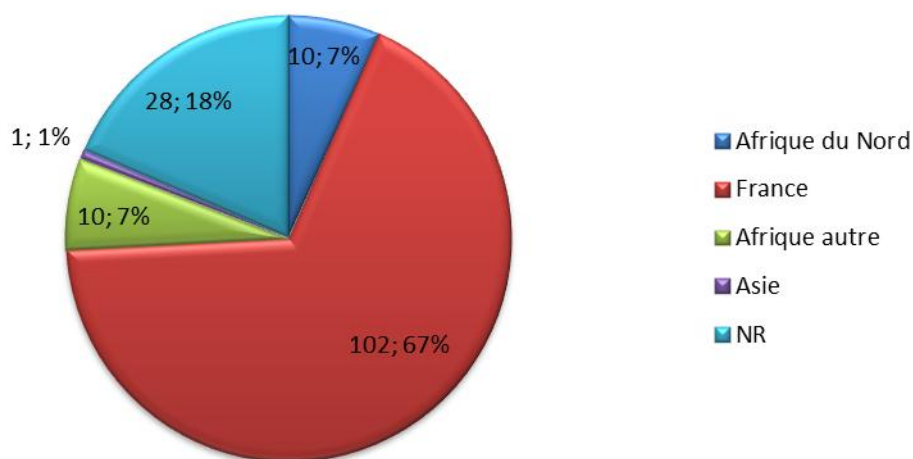


Figure 7 : Répartition des conjoints par origine géographique

Cinquante et un pour cent d'entre eux (n=151) étaient en situation de précarité et bénéficiaient soit du RSA ou RMI, de l'API ou d'allocations chômage.

Sur le plan de la vulnérabilité 7.8% d'entre eux faisaient l'objet de mesures de protection des majeurs (tutelle ou curatelle).

De plus, 34,4% présentaient des comportements addictifs ou poly addictifs.

Seuls 16.9% (n=83) d'entre eux présentaient des troubles psychiatriques connus répartis ainsi:

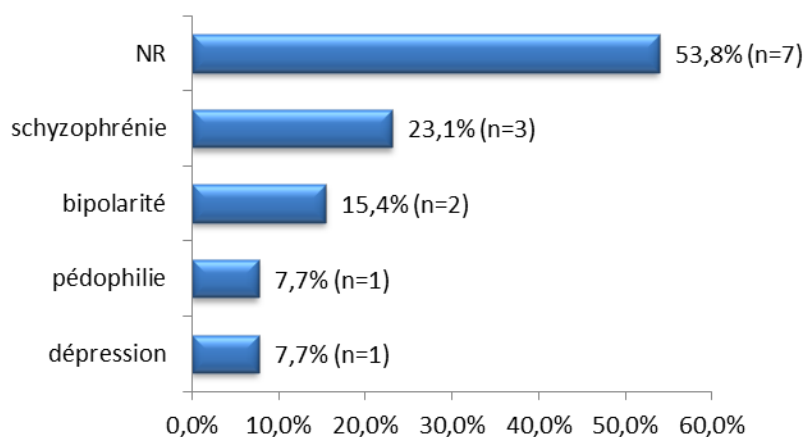


Figure 8 : Répartition des troubles psychiatriques paternels

Il est à noter que tous ces hommes faisaient l'objet d'un suivi psychiatrique régulier à l'exception d'un, qui refusait.

D'autre part, sur le versant psychosocial, nous avons pu remarquer que 15.9% (n=151) des conjoints de nos patientes présentaient un antécédent d'incarcération, 4.6% avaient été auteurs ou victimes d'agression sexuelles dont la moitié par inceste.

2.2. Profil obstétrical

La gestité moyenne de nos patientes était de 3,1 grossesses par femme avec une médiane à 3, un maximum à 11, un écart type et une déviation standard estimés à 2,3. Le taux de primipares était estimé à 46,36%.

La parité de nos patientes était en moyenne de 2,2 enfants par femme avec une médiane à 1, un maximum à 10, un écart type et une déviation standard de 1,7.

Cette différence observée entre gestité et parité s'expliquait par le fait que 29,8% des dossiers (n=151) mentionnaient dans les antécédents le recours à l'interruption volontaire de grossesse de 1 fois au minimum à 9 fois au maximum. Parmi ces 45 dossiers 3 seulement font état d'un nombre d'IVG supérieur ou égal à 3.

Parmi ces femmes, 22,5% (n=34) avaient dans leurs antécédents une ou plusieurs fausses couches. Etait à noter également un antécédent d'interruption médicale de grossesse pour 3,3% de nos patientes.

3.3% de nos patientes (n=5) ont été confrontées à une mort in utéro. Pour 4 patientes, elle est survenue dans au décours du deuxième trimestre de grossesse, pour 1 au décours du troisième trimestre. Les étiologies n'ont pu être relevées que dans 3 cas et il s'agissait à chaque fois d'une chorio-amnionite.

L'issue des grossesses précédentes ayant donné lieu à une naissance vivante était la suivante :

Tableau I : Issue des grossesses précédant l'inclusion en UMPSP

	1 ^{ère} grossesse	2 ^{ème} grossesse	3 ^{ème} grossesse	4 ^{ème} grossesse	5 ^{ème} grossesse et au-delà
nombre de patientes concernées	64	64	23	10	6
taux de grossesses à terme	84,61%	88,88%	96%	100%	100%
âge gestationnel minimum en SA	29	31	32	37	37
âge gestationnel maximum en SA	41	41	41	41	41
poids moyen à la naissance en grammes	2890	2967	2898	3061	3074
minimum	760	950	2000	2485	2100
maximum	4280	4080	3500	3470	3470
médiane	2980	3010	3000	3030	3300
écart type standard	806	692	397	349	562

Parmi ces 151 dossiers, 9 femmes ont bénéficié d'un suivi en UMPSP pour deux à trois grossesses consécutives. Pour trois femmes l'issue de la seconde grossesse n'est pas encore connue car le suivi est en cours.

Nous avons réalisé pour chacune des 6 patientes un comparatif entre le déroulement des différentes grossesses et le devenir des enfants (cf. annexe 10).

L'instauration de ce suivi a permis une prise en charge de la grossesse plus précoce dans cinq cas sur six. L'issue de la grossesse semble globalement améliorée.

Le terme moyen de prise en charge à évolué selon le tableau suivant:

Tableau II : évolution du terme de prise en charge

	nombre de patientes	terme moyen de prise en charge (en SA)	minimum (en SA)	maximum (en SA)	terme médian (en SA)	écart type (en SA)	déviati on standard (en SA)
première grossesse	6	20,1	12	28	21,5	6	5,5
deuxième grossesse	6	15,3	8	24	15	5,2	5,7
troisième grossesse	1	8	8	8	8	0	0

L'évolution des termes de naissances était la suivante :

Tableau III : évolution du terme de naissance

	nombre de patientes	terme moyen de naissance (en SA)	minimum (en SA)	maximum (en SA)	terme médian (en SA)	écart type (en SA)	déviati on standard (en SA)
première grossesse	6	35,6	22	40	38,5	6,8	6,2
deuxième grossesse	6	37,5	31	40	38,5	3,3	3
troisième grossesse	1	36	36	36	0	0	0

L'évolution des poids de naissance des enfants était la suivante :

Tableau IV : évolution du poids de naissance

	nombre d'enfants	poids moyen de naissance (en grammes)	poids minimum (en grammes)	poids maximum (en grammes)	poids médian (en grammes)	écart type (en grammes)	déviati on standard (en grammes)
première grossesse	5	2688	1680	3695	2714	647,6	591,2
deuxième grossesse	5	3039	2830	3150	3084	130,6	119,2
troisième grossesse	1	2415	2415	2415	0	0	0

2.3. Déroulement de la grossesse

2.3.1. Contexte initial

Parmi ces 151 grossesses suivies par l'unité, seules 70 étaient désirées. Au cours du recueil des données nous avons relevé le paradoxe que les 45% de patientes ayant clairement exprimé qu'elles ne souhaitaient pas de grossesse n'utilisaient pas pour autant de contraception. En effet près d'une sur deux n'utilisait aucun contraceptif local ou hormonal. Nous n'avons pas retrouvé d'explication à cela. Parmi ces grossesses non désirées 7,3% des femmes avaient pour projet initial de ne pas garder l'enfant et 1,3% étaient incertaines quant au choix d'accoucher sous X.

Il est à noter que quatre patientes de notre cohorte avaient eu recours l'Assistance Médicale à la Procréation pour obtenir la grossesse.

2.3.2. Prise en charge en UMPSP

Le terme moyen de première consultation à la maternité du CHU était de 20,6 SA avec un minimum à 5 SA, un maximum à 39 SA une médiane à 20 SA, un écart type de 8,3 SA et une déviation standard à 8,5 SA. Le délai moyen entre cette consultation initiale et la demande de prise en charge en UMPSP était de 1 semaine. Au minimum la prise en charge a été immédiate, la durée de latence la plus longue fut de 28 semaines. La moyenne du délai de latence était de 4 semaines, la médiane de 0, l'écart type de 6,7 et la déviation standard de 6,6 semaines. L'origine de la demande de prise en charge émanait des professionnels ci-dessous :

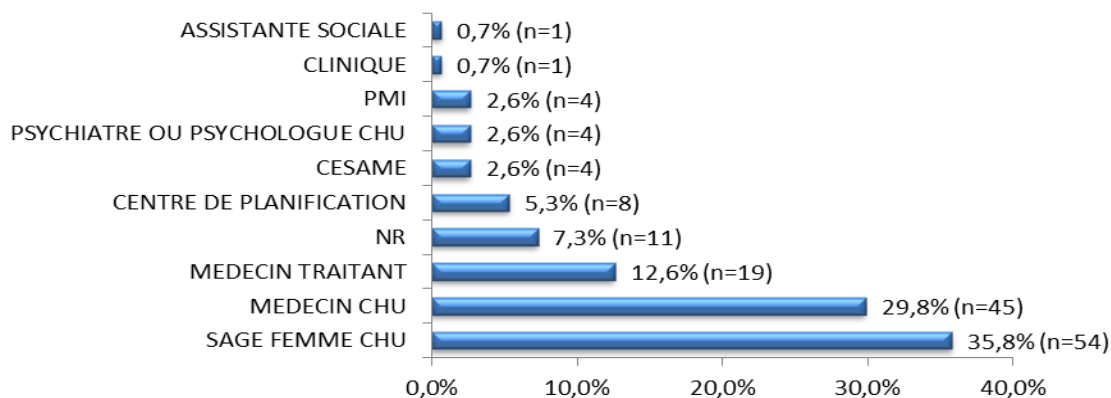
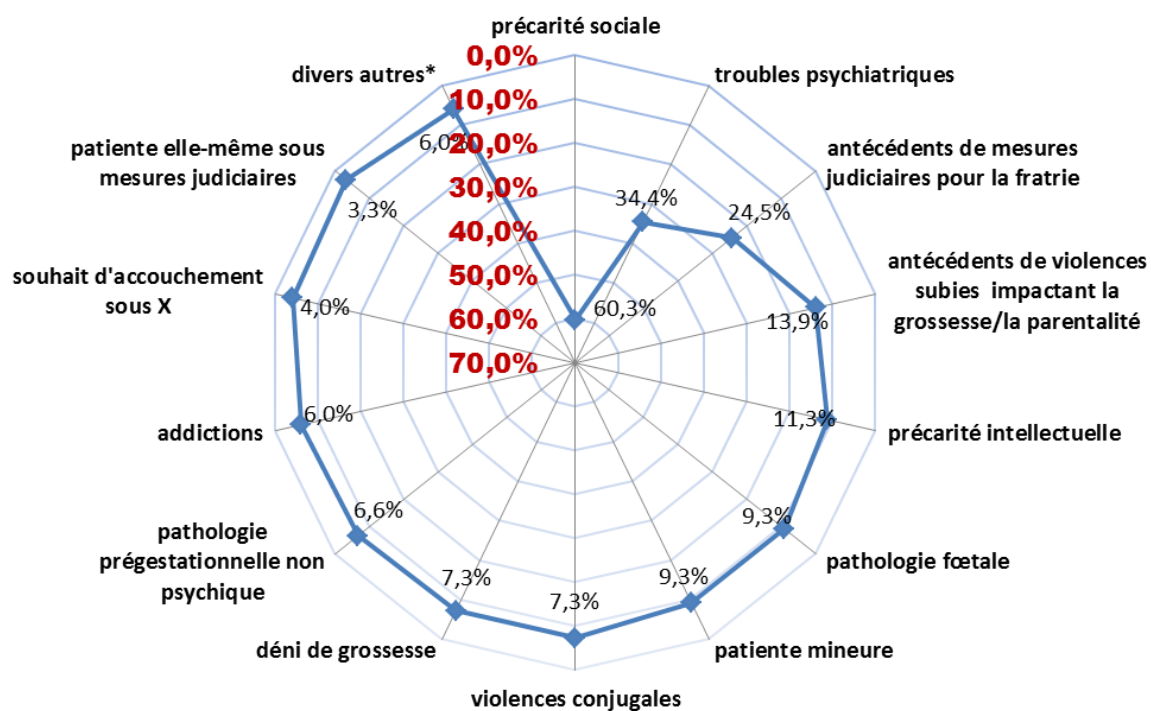


Figure 9 : Origine de la demande d'inclusion en UMPSP

Les motifs de prise en charge ont été les suivants :



*divers autres : don de sang de cordon, projet de naissance compliqué, patiente sans papiers, demande d'IVG hors délais

Figure 10 : Motifs de prise en charge en UMPSP

2.3.3. Suivi de la grossesse

Le suivi proposé par l'UMPSP a été conforme aux recommandations HAS pour toutes les patientes à savoir une consultation obstétricale mensuelle et trois échographies à 12,22 et 32SA. Cependant faute de compliance de la part des patientes et/ou en raison de complications, un suivi en Hospitalisation de Jour a été proposé à 30% d'entre elles afin de grouper les consultations obstétricales avec celles d'anesthésie, d'échographies et autres spécialités. Pour 13,24% de nos patientes, la déclaration de grossesse a été effectuée au-delà de 16SA.

Le nombre moyen de consultations par patiente (incluant les consultations aux urgences) était de 7,65 avec une médiane à 7, un minimum de 5, un maximum de 20 (grossesse gémellaire avec complications, N.B. : ce chiffre ne comprend qu'une seule consultation d'urgence), un écart type de 3,99 et une déviation standard de 3,97. Si on

considère uniquement les consultations aux urgences leur nombre moyen est de 1,9, la médiane de 1 le minimum de 0, le maximum de 9, la déviation standard et l'écart type de 1,9. Seuls 11,9% des femmes ont consulté plus de 3 fois aux urgences durant leur grossesse. La majorité des patientes a collaboré au suivi de grossesse puisque 73,51% des patientes se conformaient au suivi et orientations proposés.

Pour 83% de nos patientes des complications mineures à sévères sont survenues au décours de la grossesse. Elles ont été les suivantes :

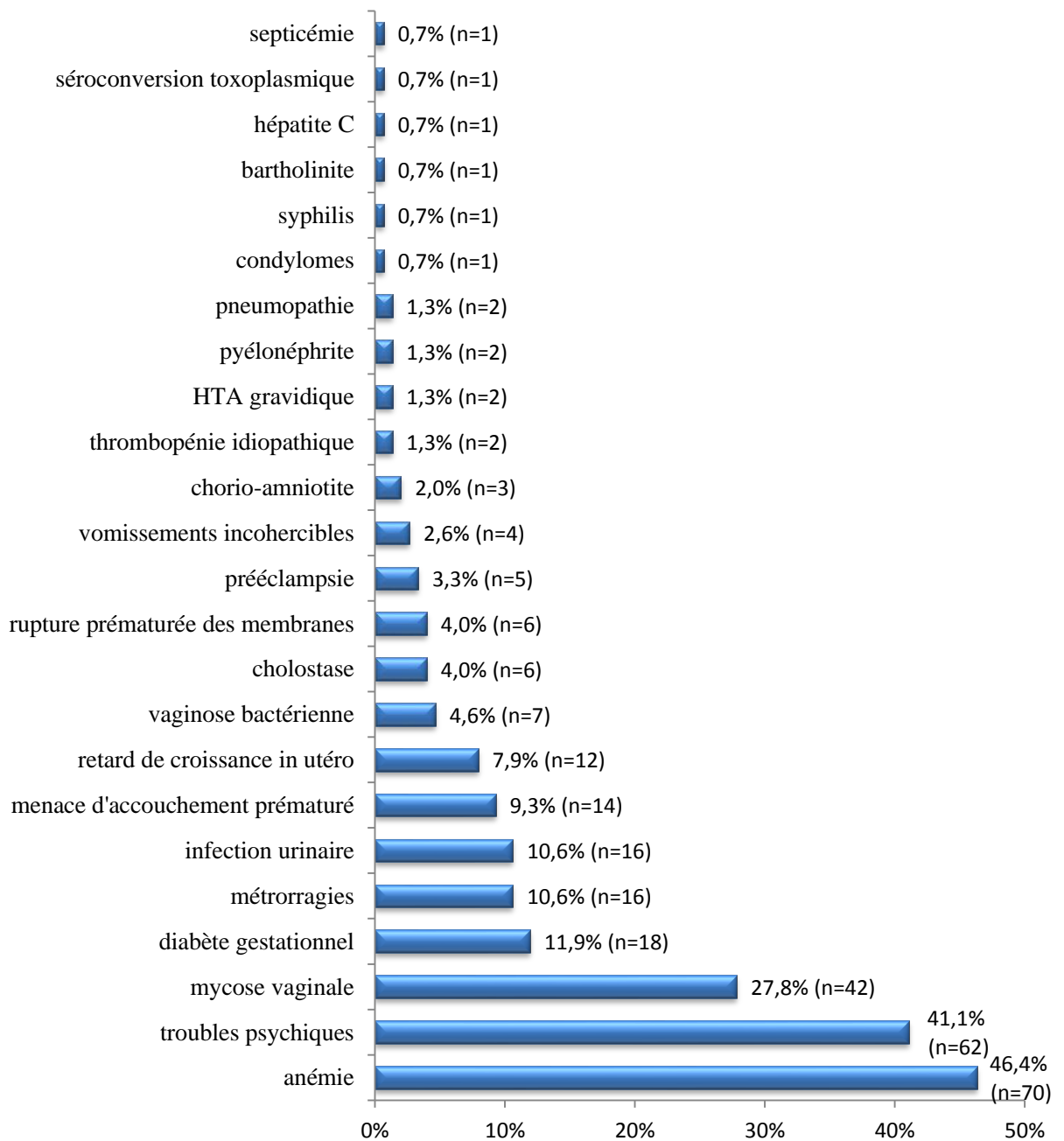


Figure 11 : Pathologies survenues au cours de la grossesse

Ces complications ont conduit à des hospitalisations pour 39,7% des patientes (n=151).

Toutes pathologies confondues, la durée moyenne de séjour au cours de la grossesse a été de 10 jours. La médiane à 5 jours, le minimum était de 1 journée, le maximum de 37 jours (n=2: 1 patiente hospitalisée pour M.A.P. et l'autre pour hypertension associée à une hypokaliémie majeure). L'écart type était de 10,5 jours et la déviation standard de 8 jours.

Parmi ces femmes hospitalisées, quatre l'ont été en psychiatrie, en secteur spécialisé, à l'extérieur du CHU d'Angers. Pour ces patientes nous n'avons pas pu recueillir la durée de séjour.

Outre le fait d'avoir une grossesse pathologique nous avons observé chez nos patientes un taux d'exposition au stress important. En effet, il touchait 83,4% de notre population (n=151).

Pour cette étude nous avons retenu comme facteurs de stress tout évènement survenu au cours de la grossesse mentionné par les patientes comme source de perturbations dans leur quotidien et/ou générateur d'anxiété chronique. Ces informations étaient contenues dans le dossier obstétrical et/ou dans les compte rendus des entretiens avec les psychologues et psychiatres.

Les facteurs de stress étaient les suivants :

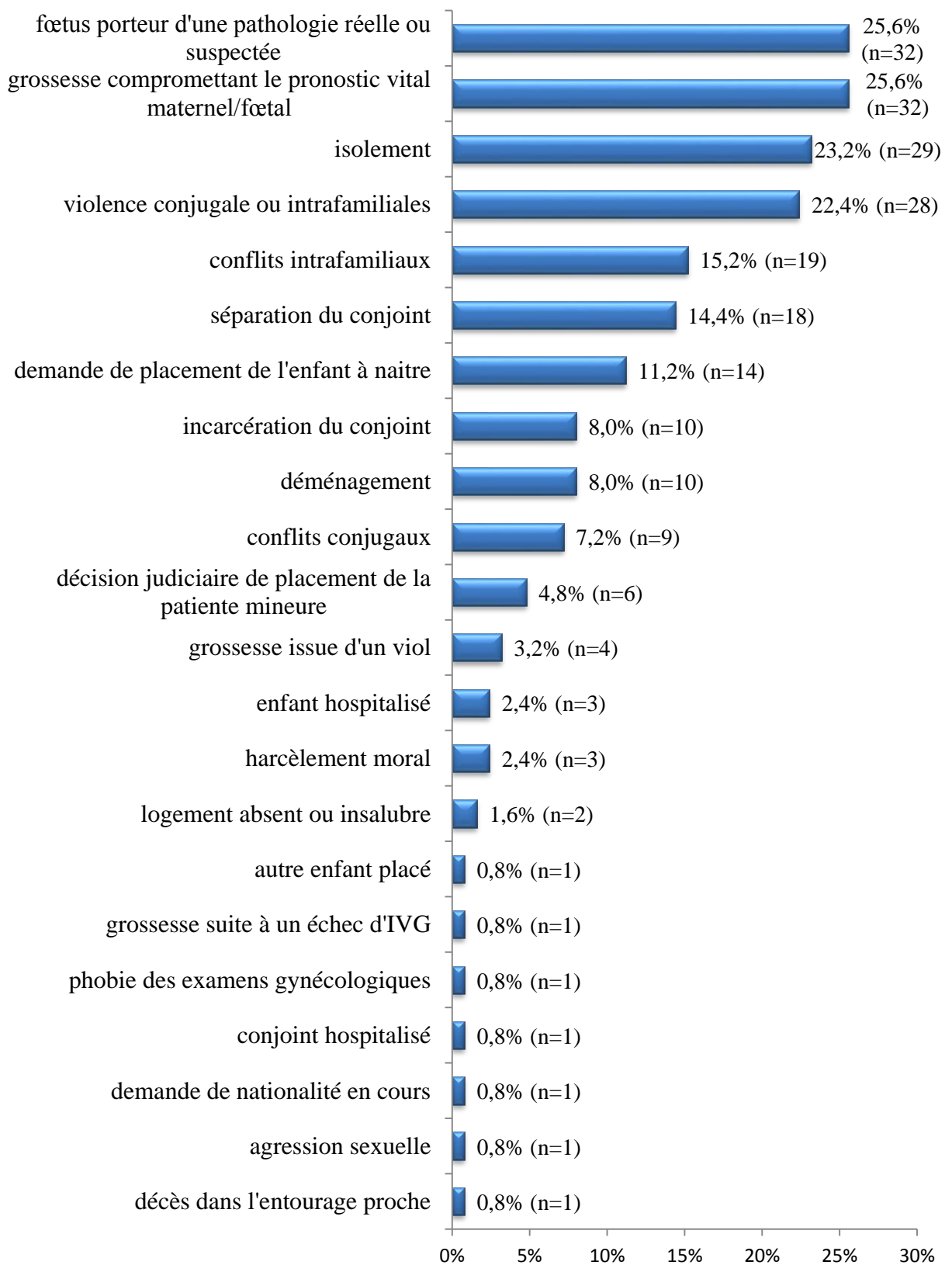


Figure 12 : facteurs de stress relevés au cours de la grossesse

Afin d'accompagner au mieux ces femmes et les aider à travailler autour de leurs émotions, de leur histoire, de leurs représentations parentales, il a été proposé à 79% (n=120) des femmes un entretien avec la psychologue et/ou le pédopsychiatre que 95% d'entre elles ont accepté.

Au cours de la grossesse les fragilités psychosociales ont été dépistées par les équipes du CHU et du secteur. Quarante et une situations les ont conduits à prendre des mesures signalantes aux autorités compétentes. Dans 37 cas il a été adressé une lettre d'information préoccupante aux services de l'ASE, 4 cas ont fait l'objet d'un signalement direct au Procureur de la République. Parmi ces 4 cas, 3 ont été signalés conjointement par l'UMPSP et la CIRCO, un par l'UMPSP seule. Les quatre enfants furent placés provisoirement par la justice en sortie de maternité. Les suites données à ces quatre situations particulières furent les suivantes :

Tableau V : Récapitulatif des signalements directs au procureur de la république

Auteur(s) du signalement	Motifs du signalement	Décision à la première audience avec le JE	Lieu de vie initial	suites
CIRCO+ UMPSP	Schizophrénie maternelle	Maintien du placement	Foyer de l'ASE	Placement maintenu à long terme en collectivité puis en famille d'accueil
CIRCO+ UMPSP	Suspicion de troubles psychiatriques maternels et antécédents de mesures de placement	Restitution de l'enfant au couple parental à la première audience	Domicile parental	Maltraitance grave (Münchhausen par procuration) et nouveau placement à six mois de vie, cette fois définitif, chez un tiers digne de confiance
UMPSP+ CIRCO	Parents toxicomanes en sevrage	Restitution de l'enfant au couple parental avec mesure d'AEMO pour 9 mois	Domicile parental	AEMO très bénéfique pour toute la structure familiale, aucun problème recensé depuis qu'elle a pris fin
UMPSP SEULE	Antécédents paternels de pédophilie et négligences auprès des aînés de la fratrie	Restitution de l'enfant au couple parental à la première audience	Domicile parental	Une AEMO était déjà en cours pour les aînés de la fratrie. Aucun élément factuel nouveau ne pouvait justifier de placer l'enfant. De nouvelles IP sont en cours d'évaluation pour non-coopération à l'AEMO

2.4. La naissance

2.4.1. Mode d'entrée en travail :

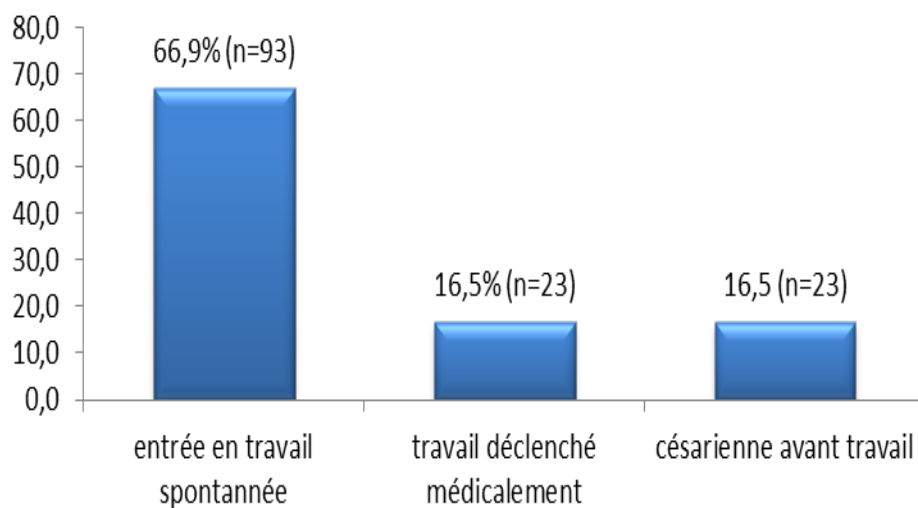


Figure 13 : Mode d'entrée en travail

Les motifs d'induction artificielle du travail ont été les suivants :

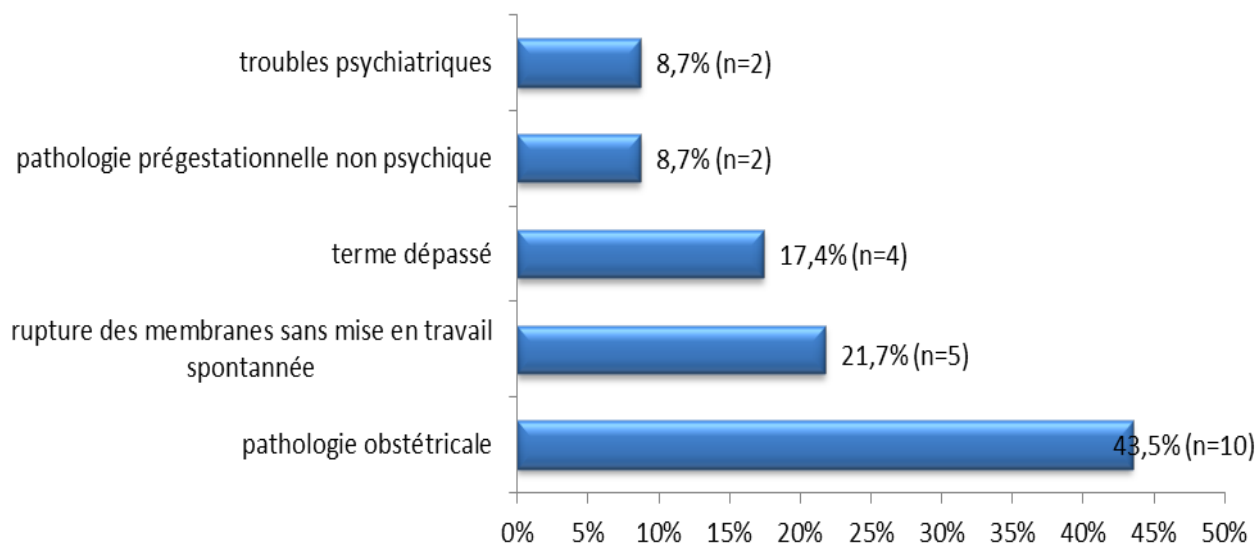


Figure 14 : Motifs d'induction artificielle du travail.

Les pathologies obstétricales ayant conduit à un déclanchement étaient les suivantes :

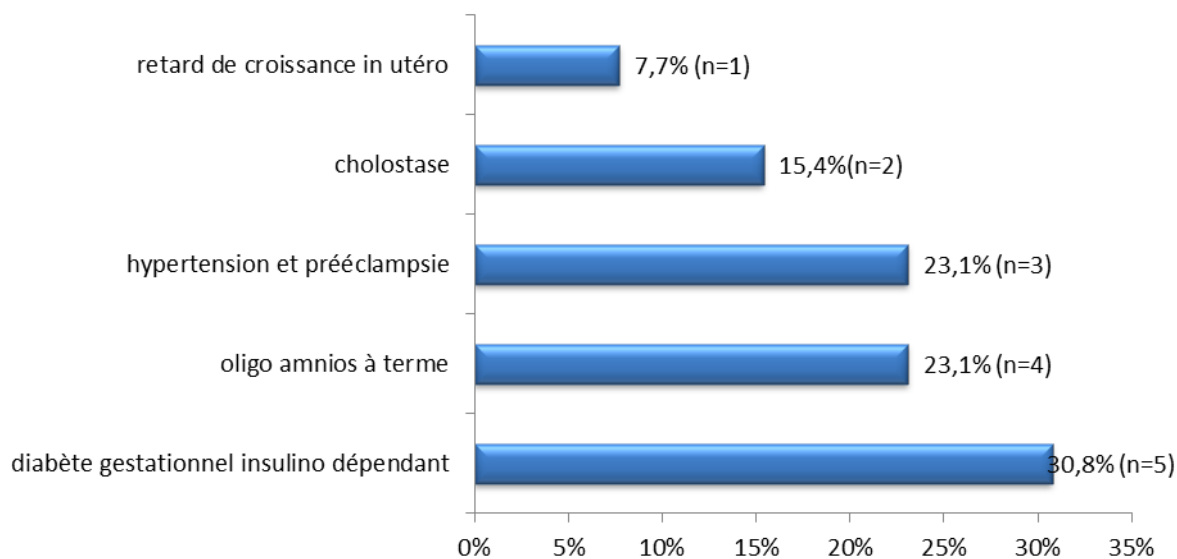


Figure 15 : Pathologies obstétricales ayant justifié une induction artificielle du travail.

Les motifs de césarienne avant mise en travail (n=23) ont été les suivants :

- utérus pluri cicatriciel ou cicatrice corporeale : n=6 soient 26%.
- Présentation du siège sans accord voie basse : n=3 soient 23,1%.
- Placenta praevia : n=3 soient 23,1%.
- Retard de croissance intra utérin avec anomalie des dopplers cérébraux : n=3 soient 23,1% (dont 1 avec des anomalies de l'ERCF associées).
- Diabète gestationnel insulino-dépendant déséquilibré avec macrosomie et diamètre abdominal transverse supérieur au 98^{ème} percentile à l'échographie : n=2 soient 8,7%.
- Surinfection bronchique maternelle avec baisse des capacités respiratoires et de la SAO2: n=1 soit 1,3%.
- Cholostase sur grossesse gémellaire avec un utérus cicatriciel : n=1 soit 1,3%.
- Diabète gestationnel déséquilibré sous régime, associé à un utérus cicatriciel et des conditions locales défavorables à un déclanchement à 39 SA : n=1 soit 1,3%.

2.4.2. L'accouchement :

Pour 73,3% de nos patientes l'accouchement fut eutocique. Parmi les 26.7% de dystocie plus de la moitié (58%) ont donné lieu à une césarienne, les autres à une extraction instrumentale. Il est à noter que 7,8% des patientes ont déclaré une hémorragie de la délivrance dans le post partum immédiat.

2.4.3. Coordonnées des nourrissons

Cent quarante-quatre nourrissons sont nés vivants et viables. Le terme moyen de naissance était de 37,6 SA avec un minimum à 28 SA, un maximum à 42 SA, une médiane à 39 SA, un écart type et une déviation standard de 2 semaines. Le taux de naissances prématurées (avant 37 SA) était de 15,9% dont 59,1% de prématurité non consentie. Les motifs de naissances prématurées non consenties étaient les suivants :

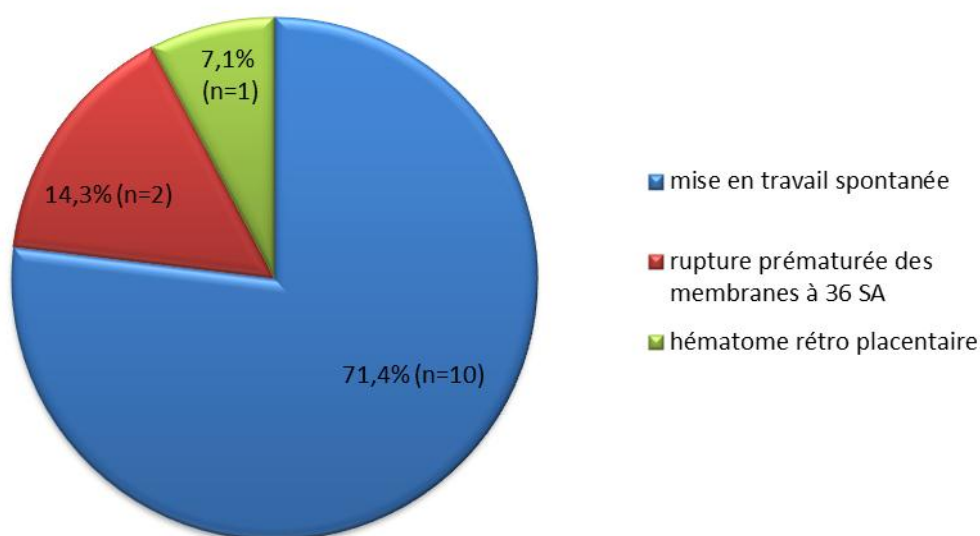


Figure 16 : motifs de prématurité non consentie.

Les coordonnées des enfants étaient les suivantes:

- POIDS

Le poids moyen de naissance des enfants était de 2924 grammes avec une médiane à 2958 grammes, un minimum de 1090 grammes et un poids maximal de 4380 grammes.

L'écart type est estimé à 586 grammes et la déviation standard à 584. La répartition des poids par âge gestationnel est renseignée en annexe numéro 11.

- TAILLE

La taille de naissance moyenne était de 48,1centimètres, la médiane de 49 centimètres, le minimum de 46 centimètres et la taille maximale était de 54 centimètres. L'écart type est estimé à 2,9 tout comme la déviation standard. La répartition de la taille par âge gestationnel est renseignée en annexe numéro 12.

- PERIMETRE CEPHALIQUE

Le périmètre céphalique de naissance était en moyenne de 33,5 centimètres, la médiane de 34 centimètres, le périmètre minimal de 32 centimètres et le maximal était mesuré à 41centimètres. L'écart type est estimé à 1,8 centimètre tout comme la déviation standard. La répartition du périmètre céphalique par âge gestationnel est renseignée en annexe numéro 13.

- PH

A la naissance 130 PH artériels ont été prélevés au cordon ombilical et techniqués. Les PH moyen et médian étaient de 7,28. Le PH minimal était de 6,88, le maximal de 7,43 l'écart type et la déviation standard étaient de 0,08.

Le taux de PH inférieur ou égal à 7,10 était de 3,1% (soient 4 prélèvements). Parmi ces 4 prélèvements, 3 étaient inférieurs à 7. Les étiologies de ces acidoses sévères étaient un hématome rétro placentaire, deux hypoxies néonatales en lien avec une dystocie de la période d'expulsion et un accouchement d'une patiente à domicile, dans un contexte de chorio-amnionite.

Le taux de PH compris entre 7, 10 et 7, 20 était de 10,9%.

Le taux de PH compris entre 7, 20 et 7, 30 était de 43,6%.

Le taux de PH supérieur à 7, 30 était de 42,4%.

- SCORE D'APGAR A 5 MINUTES DE VIE

Le taux de scores d'APGAR inférieur à 7 à 5 minutes de vie était de 4,2% soient 6 enfants (n=142). Les étiologies de ces scores bas étaient les suivantes :

- 2 deuxièmes jumeaux expulsés
- 1 dystocie des épaules
- 1 hématome rétro placentaire
- 1 accouchement à domicile suivi d'un décès perinatal
- 1 accouchement dans un contexte de chorio-amnionite.

2.5. Séjour en maternité

Aussi souvent que possible les couples mère-enfant (n=138) n'ont pas été séparés afin de favoriser la création d'un lien d'attachement. Ainsi, 75,5% d'entre eux ont été hospitalisés en service de suites de couche classique ou en unité kangourou.

La prise en charge néonatale a été à 84,6% conforme aux préconisations de l'UMPSP. Pour 7 dossiers aucune conduite à tenir n'avait été consignée dans le dossier obstétrical. Les motifs de non-respect des préconisations de l'UMPSP en post partum immédiat ont été les suivants :

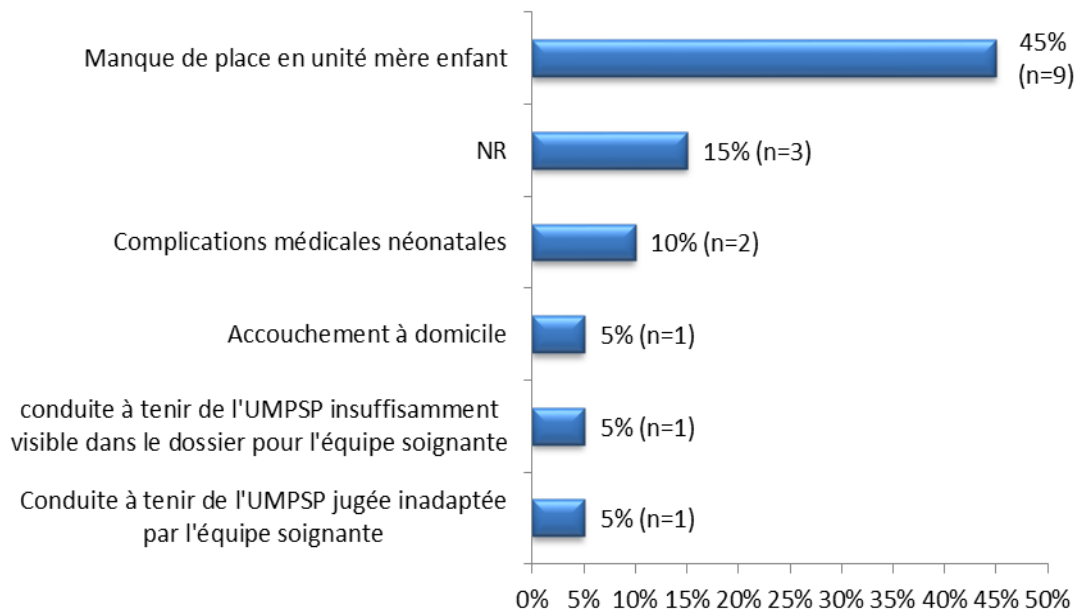


Figure 17 : motifs de non-respect de la conduite à tenir préconisée par l'UMPSP

Il est à noter que pour 17,2% des dossiers aucune conduite à tenir néonatale n'avait été établie préalablement à l'accouchement des patientes.

Les motifs d'hospitalisation en néonatalogie ont été les suivants :

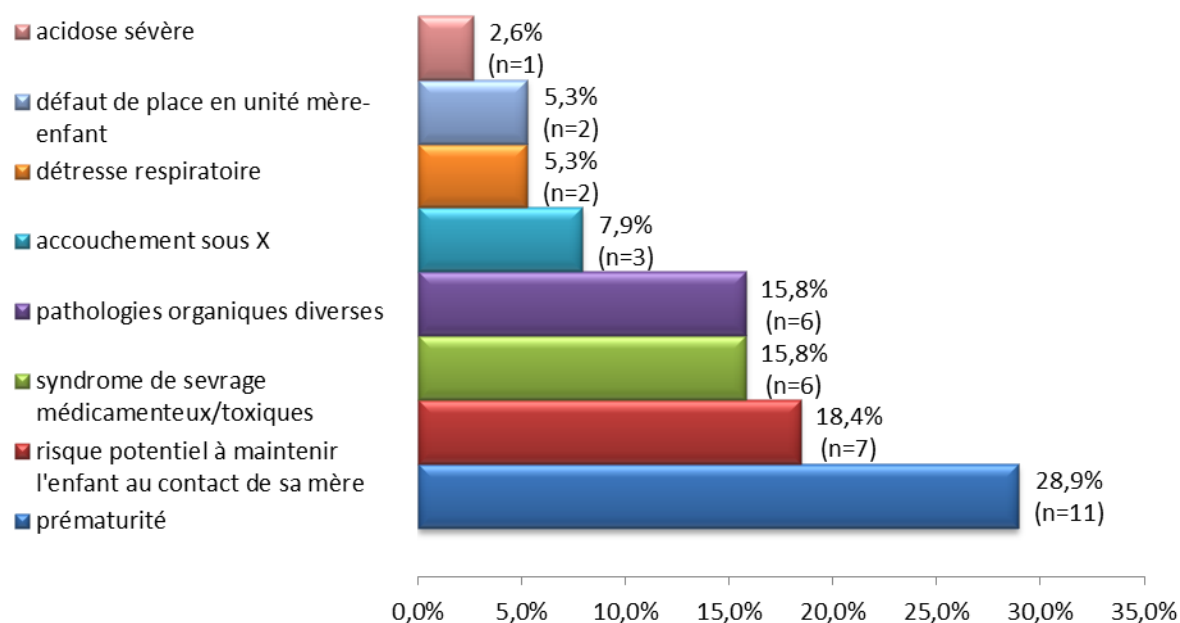


Figure 18 : motifs d'hospitalisation en néonatalogie.

Les demandes de prise en charge en unité kangourou ont été, en plus du rôle d'éducation aux gestes de puériculture, pour les motifs suivants :

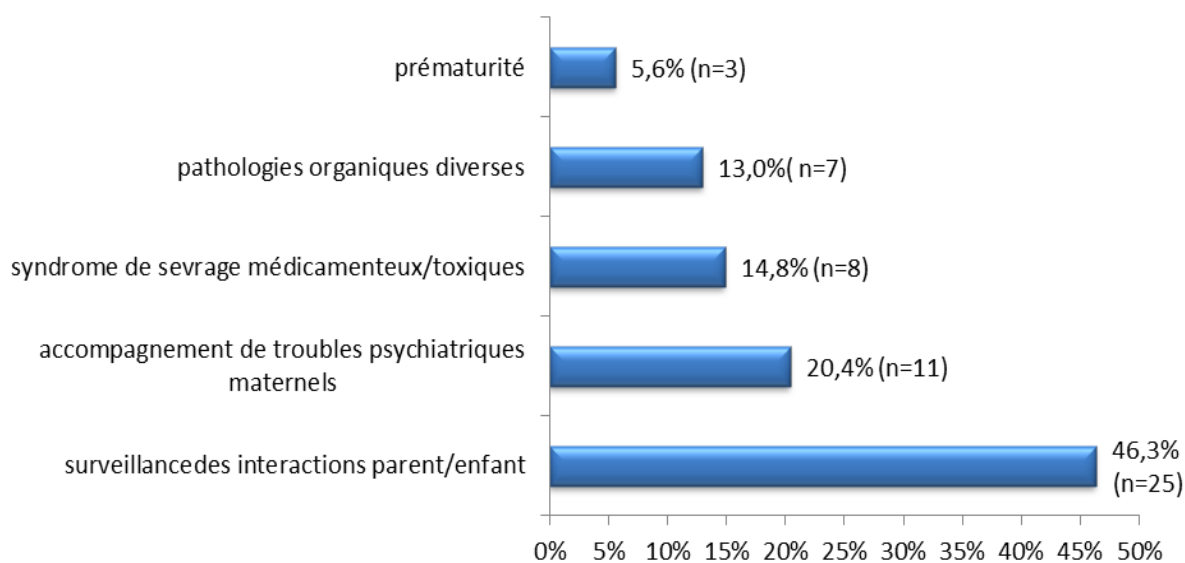


Figure 19 : Motifs d'hospitalisation en unité kangourou.

Le choix de l'allaitement s'est porté sur l'allaitement artificiel pour 65,5% des mères (n=138). 31,7% ont choisi l'allaitement maternel et 2,2% ont opté pour un allaitement mixte.

Il est à noter que 10% (n=139) des mères ont présenté des complications durant leur séjour en maternité. Ces complications furent infectieuses pour 5 cas, psychiatriques pour 4 cas, anémiques pour 2 cas, chirurgicales pour 2 cas (plaies de vessie), thromboemboliques pour 1 cas.

La durée moyenne de séjour des mères était de 6,5 jours avec une médiane à 6 jours, un minimum de 1 jour, un maximum de 29 jours (pour soutien aux gestes de puériculture et mise en place des interactions précoces), un écart type de 3,6 jours et une déviation standard de 3,56 jours.

La durée moyenne de séjour des nourrissons en maternité était de 9,8 jours avec un minimum de 3 jours, un maximum de 78 jours, une médiane à 7 jours, un écart type et une déviation standard à 9,8 jours.

2.6. Sortie de maternité

2.6.1. Suivi médical

Lors de la sortie de maternité 77,7% des patientes avaient une contraception et 1,5% ont refusé les contraceptifs. Pour les 20,8% de patientes sorties sans contraception, nous n'avons pas pu déterminer s'il s'agissait d'un choix, d'un défaut de suivi ou de moyens financiers. Les méthodes contraceptives choisies étaient les suivantes:

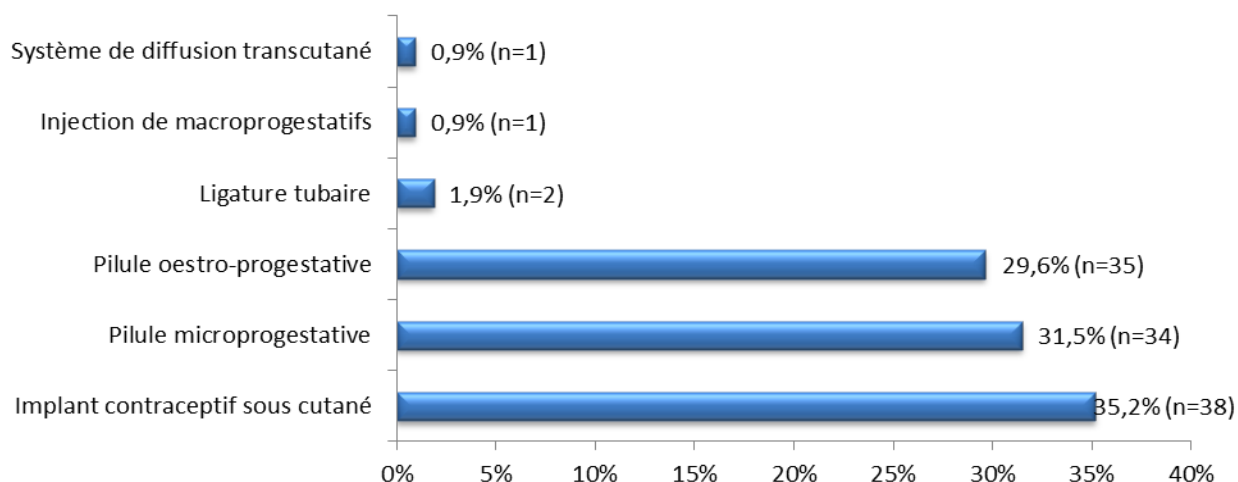


Figure 20 : choix de la méthode contraceptive en post partum immédiat

Pour ce qui est du suivi, 18% des patientes seulement avaient un rendez-vous de visite post natale prévu. Il est à noter que seuls 3,9% des patientes ont effectué leur visite post natale au CHU.

Un relai par la PMI a été instauré pour 59% des enfants. Parmi les 41% restants, 1,7% des parents avaient refusé le suivi.

2.6.2. Suivi psychosocial

Sur le plan psychologique ou psychiatrique, 44,6% des patientes ont bénéficié d'un suivi par un psychologue et/ou un psychiatre en sortie d'hospitalisation. Parmi les 70 patientes présentant des troubles psychiatriques manifestes ce chiffre s'élève à 67% avec un taux de refus de suivi de 6,3%. 26,7% de ces femmes sont donc sorties sans accompagnement sans que nous ayons pu en relever la cause.

Sur le plan social 55,4% des parents ont bénéficié d'un suivi par une assistante sociale de secteur au retour à domicile. Ce chiffre s'élève à 72,2% chez les parents en situation de précarité avérée. Pour les 31 familles restantes ce suivi a été proposé mais n'a pas pu être instauré, faute de coopération.

2.7. Evolution des enfants

Pour analyser le devenir de ces enfants, les interactions qui ont pu se nouer avec leurs parents, nous avons recueilli les informations auprès de la PMI et de l'ASE du département. Nous avons perdu de vue 40 enfants (soient 28,9% de notre effectif en sortie de maternité) en raison d'un déménagement hors département et/ou d'un suivi médical effectué sans le recours à la PMI.

Afin de clarifier l'analyse nous avons déterminé deux groupes d'enfants. D'un côté nous avons suivi les enfants pour qui des mesures de signalement avaient été prises en anténatal (rédaction de lettres d'informations préoccupantes et de signalement n=41 dont 7 perdus de vue), de l'autre ceux pour qui il n'avait pas été jugé nécessaire de prendre des mesures judiciaires dès la maternité (n=101 dont 33 perdus de vue).

Nous avons établis cinq critères de jugement pour évaluer le devenir global des enfants à un an et au-delà.

Ces critères étaient les suivants :

- Devenir très satisfaisant : enfants vivant au domicile parental sans mesure d'assistance éducative **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir satisfaisant : enfants vivant au domicile parental avec mesures d'assistance éducatives **et** ne développant pas de troubles du comportement.
- Devenir peu satisfaisant : enfants retirés du milieu familial, maintenant des liens avec leurs parents **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir insatisfaisant : enfants vivant au domicile parental ayant fait l'objet d'une IP **et/ou** développant des troubles du comportement (indépendamment d'éventuelles mesures d'assistance éducatives)
- Devenir très insatisfaisant : enfant retiré du milieu familial, ne maintenant aucun lien avec ses parents **et/ou** développant des troubles du comportement.

2.7.1. **IP faite pour l'enfant à naître (n=34)**

▪ **ORIGINE DES INFORMATIONS PREOCCUPANTES DURANT LA GROSSESSE**

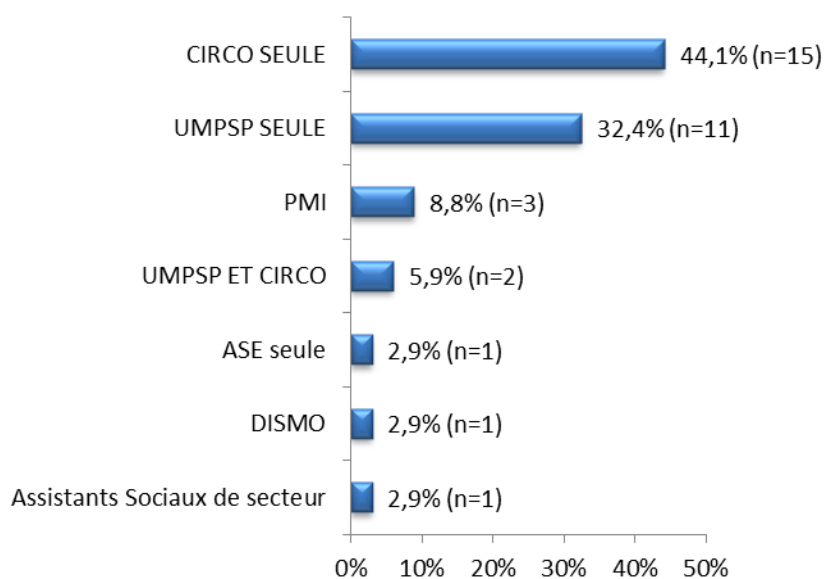


Figure 21 : Origine des informations signalantes.

- **MOTIFS PRINCIPAUX DE SIGNALEMENT**

Les IP ont toujours été effectuées sur la base de plusieurs motifs. Il est à remarquer que pour ces 34 cas la précarité était associée à hauteur de 85,8%.

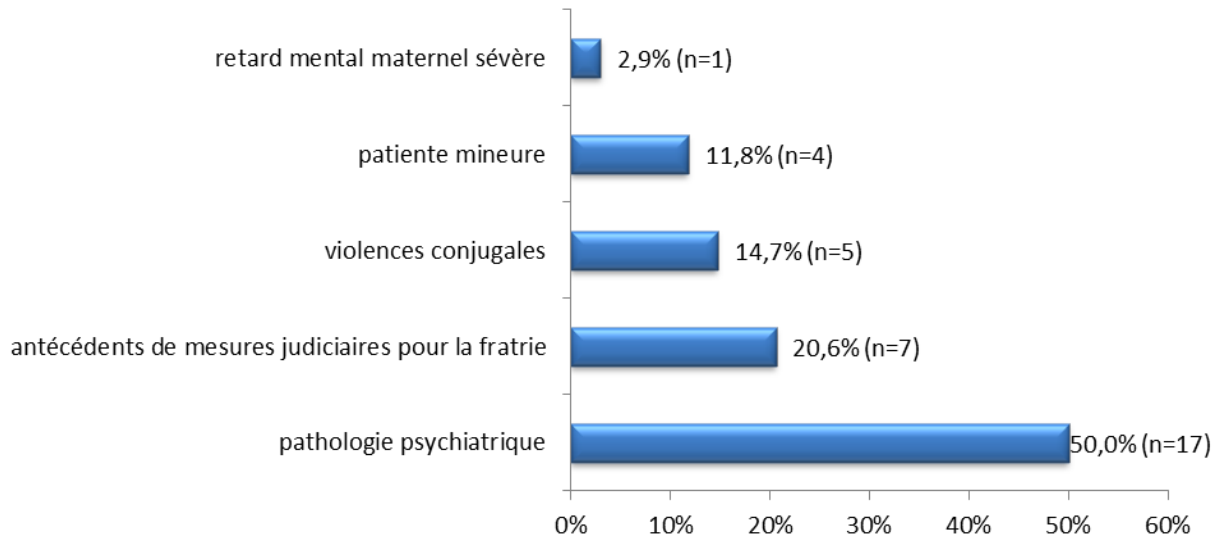


Figure 22 : Motifs principaux des informations préoccupantes

- MODALITES D'HOSPITALISATION

Afin de soutenir et observer ces couples mère/enfants, dépistés comme particulièrement fragiles, l'accueil en maternité s'est effectué selon les modalités suivantes :

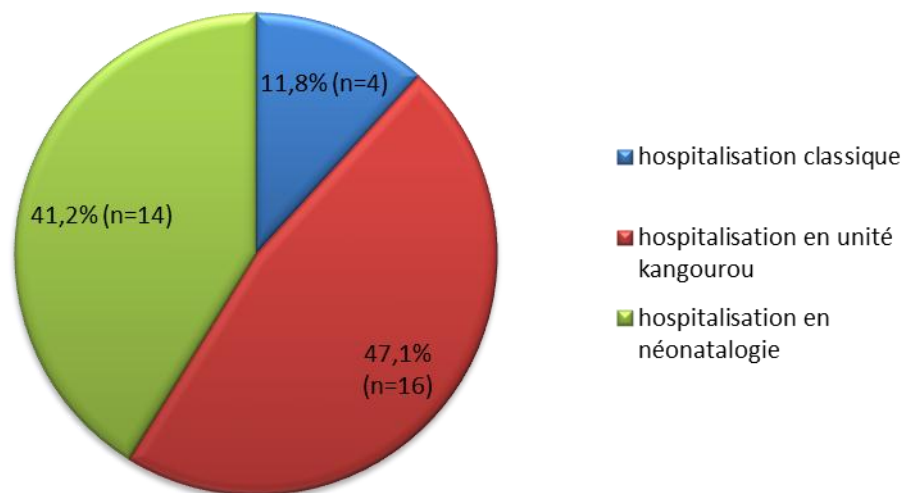


Figure 23 : Modalités d'hospitalisation en suites de couche

Les motifs des hospitalisations en secteur de néonatalogie, corollaire inévitable d'une séparation mère-enfant précoce, ont été les suivants :

- Ordonnance de placement provisoire ordonnée par le Procureur de la République pour 7 enfants soient 46,7%
- Prématurité pour 3 enfants soient 20%
- Intoxication médicamenteuse pour 3 enfants soient 20%
- Troubles psychiatriques maternels pour 1 enfant soit 6,7%
- Souhait maternel de confier l'enfant à l'adoption pour 1 enfant soit 6,7%.

- **ORIENTATION EN SORTIE DE MATERNITE**

Les orientations proposées furent :

- un placement auprès des services de l'ASE pour 22 enfants soit 64,8%
- un retour au domicile maternel ou parental pour 8 enfants soit 23,5%.
- un accueil au HOME pour 3 enfants soit 8,8%
- un accueil au centre WINNICOTT pour 1 enfant soit 2,9%. Celui-ci a été perdu de vue après sa sortie de maternité.

Les modalités d'accueil immédiat des enfants placés étaient un accueil en collectivité (à 68,2%) ou en famille d'accueil (pour 31,8% des enfants).

Les parents ayant bénéficié d'un retour au domicile avec leur enfant ont été soutenus par la PMI dans tous les cas. Dans 4 cas ils ont été soutenus en plus par des travailleuses familiales. Un enfant a bénéficié d'un suivi immédiat par un pédopsychiatre de secteur. L'enfant placé au centre Winnicott a été perdu de vue dans les semaines suivant sa sortie.

▪ **DEVENIR**

Le devenir global des enfants nés d'une grossesse ayant fait l'objet d'IP était le suivant :

Tableau VI : devenir à un an des enfants nés d'une grossesse signalée

enfants	effectif initial	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
placés	22	1	0	6	16	0
adressés au home	3	0	0	1	2	0
rentrés au domicile	8	4	0	0	4	0
total	33	5	0	7	22	0
%	100	15,2	0	21,2	66,6	0

Tableau VII : devenir à deux ans des enfants nés d'une grossesse signalée

Enfants	effectif à 2 ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
placés	8	1	0	3	1	3
adressés au home	3	0	0	2	0	1
rentrés au domicile	5	2	0	0	2	1
Total	16	3	0	5	3	5
%	100	18,7	0	31,3	18,7	31,3

Tableau VIII : devenir à 3 ans des enfants nés d'une grossesse signalée

Enfants	effectif à 3 ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
placés	4	0	0	1	0	3
adressés au home	1	0	0	0	0	1
rentrés au domicile	3	0	0	0	1	2
Total	8	0	0	1	1	6
%	100	0	0	12,5	12,5	75

Tableau IX : devenir à 4 ans des enfants nés d'une grossesse signalée

enfants	effectif à 4 ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
placés	4	0	0	1	0	3
rentrés au domicile	1	0	0	0	0	1
total	5	0	0	1	0	4
%	100	0	0	20	0	80

RAPPEL :

- Devenir très satisfaisant : enfants vivant au domicile parental sans mesure d'assistance éducative **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir satisfaisant : enfants vivant au domicile parental avec mesures d'assistance éducatives **et** ne développant pas de troubles du comportement.
- Devenir peu satisfaisant : enfants retirés du milieu familial, maintenant des liens avec leurs parents **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir insatisfaisant : enfants vivant au domicile parental ayant fait l'objet d'une IP **et/ou** développant des troubles du comportement (indépendamment d'éventuelles mesures d'assistance éducatives)
- Devenir très insatisfaisant : enfant retiré du milieu familial ne maintenant aucun lien avec ses parents **et/ou** développant des troubles du comportement.

DEVENIR DES ENFANTS INITIALEMENT PLACES (N=22)

Pour les 22 enfants placés dès la sortie de maternité, le placement a été confirmé par le Juge des Enfants lors de la première audience dans 86% des cas (19 enfants).

- 3 enfants restitués

Un enfant a été restitué à ses parents lors de la première audience judiciaire. Le placement avait été motivé par un logement inadapté et une toxicomanie parentale. Les parents, ayant cessé de consommer des stupéfiants et obtenu un logement social, ont pu retrouver la garde de leur enfant sous mesure d'AEMO. Cela s'est avéré bénéfique pour

tous et la mesure a pris fin au bout de 9 mois. L'enfant est aujourd'hui âgé de deux ans, vit chez ses parents et aucun problème n'a été détecté.

Deux enfants ont été restitués à leur famille faute d'éléments de danger caractérisé pouvant justifier leur placement. Le retour à domicile était assorti d'une AEMO judiciaire. Ces deux situations ont fait l'objet d'IP de la part des assistants d'éducation et de services médicaux dans les semaines qui ont suivi leur retour à domicile. Les motifs de signalement étaient pour un cas de la maltraitance, pour l'autre un défaut de coopération des parents dans les mesures d'assistance éducative.

La garde de l'enfant maltraitée a été retirée à ses parents. Elle a été accueillie en foyer durant sa première année de vie puis confiée à des tiers dignes de confiance dans l'entourage familial. Elle a aujourd'hui trois ans. Elle présente de lourdes séquelles psychomotrices liées à la foi à une maladie orpheline mal soignée par ses parents dans ses premiers mois de vie mais également en raison des carences affectives majeures dont elle a fait l'objet. Sa mère s'est vu retirer son droit de visite médiatisé, car sa présence aggravait les troubles de l'enfant. Le père tente de maintenir un lien avec son enfant au cours des visites médiatisées dont il bénéficie. Il est à noter que l'UMPSP avait signalé cette situation comme à haut risque au cours de la grossesse, mais, c'est faute d'éléments de preuve (notamment de rapport psychiatrique) que l'enfant avait été restituée.

L'enfant dont les parents refusent de coopérer à l'AEMO est aujourd'hui âgée d'à peine un an. Les parents fuient le contact des travailleurs sociaux et sont rompus à leurs méthodes. Il est donc extrêmement difficile d'évaluer l'état de l'enfant et de fournir aux services judiciaires des éléments probants sur la situation. L'enfant vit aujourd'hui au domicile parental, est suivie médicalement par le médecin de famille après le refus des parents de coopérer avec la PMI. La situation est en cours d'évaluation par les services du DISMO. Le signalement, fait par l'UMPSP seule en postnatal immédiat, avait contribué à rendre méfiant et fuyant le couple parental.

- 1 cas particulier de placement administratif

Pour un cas le placement judiciaire initial s'est poursuivi dans un cadre administratif avec un contrat d'accueil au HOME en semaine, en famille d'accueil les weekends. Ce fonctionnement a perduré pendant 6 mois puis, devant l'incapacité des parents à prendre en charge leur bébé et les troubles du comportement (type anxieux) développés par celui-ci, l'enfant a été accueillie en famille d'accueil à temps complet. Cet enfant est aujourd'hui âgée de deux ans et demi. Elle ne présente plus de troubles du

comportement depuis que ses parents ont interrompu leurs visites il y a 9 mois. Ces parents, atteints de troubles psychiatriques sévères, ont pris conscience de leur incapacité à s'occuper de leur enfant. Cela s'est fait au terme d'un lent travail avec les pédopsychiatres et l'ASE. Les parents ont donné leur consentement à une adoption. L'ASE est actuellement en recherche d'une famille pour l'enfant.

- 18 placements judiciaires confirmés

Les modalités d'accueil dans la première année de vie ont été 12 accueils en collectivité (66,6%) et 6 accueils en famille (33,4%).

Il est à noter qu'un enfant a été restitué secondairement à ses parents, après trois mois de placement en foyer. Cette restitution s'est faite sous mesure d'AEMO. La mesure prononcée pour 8 mois a été levée devant les progrès parentaux et l'évolution favorable de l'enfant. Cet enfant est aujourd'hui âgée de 11 mois, vit au domicile parental et est suivi par la PMI.

Première année de vie

Tous les enfants accueillis en famille (n=6) ont maintenu un lien avec leur mère. Une avait l'autorisation de recevoir son enfant à domicile de manière ponctuelle. Un placement judiciaire s'est effectué avec une prise en charge intermittente au HOME. Deux enfants sur six (33,3%) ont maintenu un lien avec leur père. Aucun n'avait l'autorisation de recevoir son enfant à domicile. Cinq enfants sur six (83,3%) ont développé des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles/parentales. Seuls trois (50%) bénéficiaient d'un suivi en pédopsychiatrie.

Parmi les 12 enfants accueillis en collectivité, 11 ont maintenu un lien avec leur mère (91,6%). Deux avaient le droit de recevoir leur enfant à domicile (16%). Dix enfants ont maintenu un lien avec leur père (83,3%). Quatre avaient une autorisation de recevoir leur enfant à domicile (33,3%). Sept enfants (63,6%) ont développé des troubles du comportement.

Pour aucun enfant il n'est fait état d'un suivi en pédopsychiatrie.

Les étiologies des troubles étaient les suivantes :

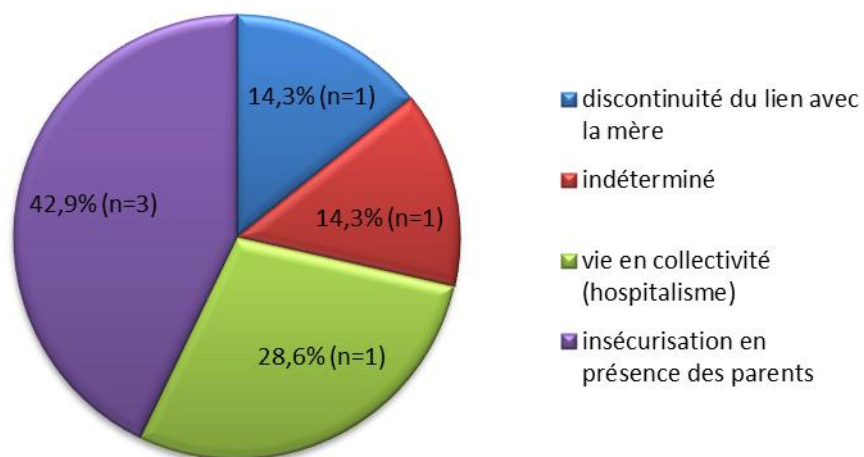


Figure 24 : Origines supposées des troubles du comportement.

Seconde année de vie et au-delà

Parmi les 18 enfants placés seuls 6 (33,3%) étaient âgés de plus de 1 an lors du recueil de données.

Deux de ces enfants avaient été initialement placés en famille d'accueil. Le lien avec la mère était maintenu sans visite au domicile et aucun lien n'était entretenu avec le père.

Pour un enfant la mère fait une demande d'abandon. Cet enfant ne présentait pas de troubles du comportement, il a été placé dans une famille en vue d'adoption et la procédure est actuellement en cours.

Pour l'autre enfant le placement a été maintenu dans la famille d'accueil. Le lien avec la mère, bien que pauvre, restait présent. Les troubles du comportement observés dans la première année de vie avaient régressé avec l'espace des visites maternelles. Le placement en famille d'accueil a été maintenu à long terme.

Les quatre autres enfants avaient initialement été placés en foyer d'accueil.

Récapitulatif de leurs situations à 1 an :

- Pour tous, le lien avec la mère était maintenu.
- Pour un seul enfant le lien avec le père était maintenu. Cet enfant disposait d'un droit de visite au domicile parental.
- Deux enfants (50%) présentaient des troubles du comportement en lien avec les interactions parentales.

- Aucune mention de suivi pédopsychiatrique n'a été retrouvée dans les rapports psychosociaux

Durant la seconde année :

- Tous les placements ont été maintenus (n=4)
- 3 enfants (75%) ont été accueillis en foyer, 1 en famille d'accueil
- Tous les enfants ont maintenu des relations avec leurs mères
- 1 enfant (25%) a poursuivi des relations paternelles
- 3 enfants (75%) ont présenté des troubles du comportement, dont 1 en lien direct avec la vie en collectivité (hospitalisme apparu à 20 mois de vie).
- Aucune mention de suivi pédopsychiatrique n'a été retrouvée dans les rapports psychosociaux.

Durant la troisième année :

- Tous les placements ont été maintenus (n=4)
- 3 enfants (75%) ont été accueillis en famille d'accueil, 1 en foyer
- Tous les enfants ont maintenu des relations avec leurs mères
- 1 enfant a maintenu des relations paternelles
- 2 enfants (50%) ont présenté des troubles du comportement en lien avec les interactions parentales.
- 1 enfant a été dépisté comme psychotique et un suivi pédopsychiatrique a été instauré (de l'avis des pédopsychiatres, trois ans était un délai de prise en charge tardif). Pour le second, les rapports psychosociaux ont mentionné la nécessité d'un suivi mais rien n'a encore été mis en place.

DEVENIR DES ENFANTS INITIALEMENT ADRESSES AU HOME (N=3)

Première année de vie

Parmi les 3 enfants initialement pris en charge par le HOME :

- 1 a été placé après 5 jours au service. La gravité des troubles psychiatriques maternels rendait impossible toute coopération.

- 2 ont fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire à la sortie du service car les troubles psychiatriques maternels ne permettaient pas un retour à domicile.

Parmi ces 3 enfants 2 ont été accueillis en famille d'accueil dès la première année de vie. Un a été placé en foyer d'accueil.

Les deux enfants ayant réalisé un séjour au HOME présentaient des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles. Celui placé au terme de 5 jours ne présentait pas de troubles du comportement.

Tous les enfants ont maintenu des liens avec leur mère au cours de la première année. Un seul enfant a maintenu des liens avec son père.

Deuxième année de vie et au-delà

Durant la deuxième année :

- Le placement était maintenu pour les 3 enfants.
- Tous les enfants entretenaient des liens avec leur mère
- 1 seul enfant maintenait des liens avec son père
- 1 enfant était hébergé en foyer d'accueil à plein temps
- 2 enfants étaient en famille d'accueil à plein temps
- 1 seul enfant présentait des troubles du comportement persistants, majorés lors des contacts avec sa mère.

Durant la troisième année :

1 seul enfant était âgé de plus de deux ans lors du recueil de données. Il était hébergé en famille d'accueil depuis sa sortie du HOME. Il n'avait aucun lien avec son père. Le lien était maintenu avec sa mère. Il présentait des troubles du comportement importants, avec un retard d'acquisition du langage, en lien avec les interactions maternelles. Les troubles du comportement ont régressé spontanément lorsque les visites maternelles se sont espacées. La mère consentait à un placement administratif, consciente de son incapacité à prendre en charge son enfant en continu. Un accueil chez un tiers digne

de confiance a été envisagé. Cependant il n'existait pas de famille proche capable de s'occuper à plein temps de l'enfant.

DEVENIR DES ENFANTS SORTIS AU DOMICILE (N=8)

Première année de vie

Trois enfants sur huit (37,5%) ont fait l'objet d'IP durant les 6 premiers mois de vie :

- Un enfant rentré au domicile parental a fait l'objet d'une IP pour désorganisation de la structure familiale et défaut de collaboration avec les services sociaux. L'enfant a été placé en collectivité. Une enquête sociale a mis en évidence une incapacité parentale à s'occuper de l'enfant. Le placement a été maintenu durant toute la première année de vie. L'enfant maintenait des liens avec ses deux parents. Aucun trouble du comportement n'avait été dépisté.

- Un enfant est rentré au domicile parental sous mesure d'AEMO judiciaire. Il a fait l'objet d'une IP de la part des services de l'ASE au cours des 6 premiers mois de vie pour des conflits parentaux importants. L'AEMO a été renforcée et poursuivie durant toute la première année avec une bonne coopération parentale.

- Un enfant, rentré au domicile parental, a fait l'objet d'une IP dont le motif n'a pu être recueilli. Une mesure d'AEMO administrative a été instaurée. Aucune information supplémentaire n'était exploitable.

- Pour un enfant rentré au domicile parental, la PMI a dépisté des troubles du comportement en lien avec un non-respect des cycles de sommeil de l'enfant. La situation ne faisait pas l'objet d'inquiétudes par ailleurs.

- Quatre enfants sont sortis à domicile avec un suivi par la PMI et les assistants sociaux de secteur. Ils n'ont pas fait l'objet d'informations signalantes au cours de la première année de vie. Leur suivi médical était assuré par la PMI. Leurs dossiers ne faisaient pas état de troubles du comportement.

Deuxième année de vie et au-delà

Six enfants étaient âgés de 2 ans ou plus lors du recueil de données. Un était perdu de vue.

Durant la deuxième année :

- Le placement en collectivité d'un enfant a été maintenu dans un cadre judiciaire. Il entretenait des liens avec ses deux parents. Des troubles du comportement à type de boulimie et de troubles anxieux ont été dépistés. Le dossier de l'ASE ne fait état d'aucun suivi en pédopsychiatrie.
- La mesure d'AEMO prise pour conflits conjugaux a pris fin et n'a pas été renouvelée. L'enfant se développait normalement au domicile maternel.
- Une enfant sous mesure d'AEMO a fait l'objet d'une IP pour maltraitance. Une évaluation était en cours lors du recueil de données.
- La situation de l'enfant présentant des troubles des cycles de sommeil en raison d'une désorganisation familiale était identique.
- Un enfant vivant au domicile maternel et suivi par la PMI ne faisait l'objet d'aucune inquiétude particulière.

Durant la troisième année :

Seuls 4 enfants étaient âgés de 3 ans ou plus lors du recueil des données. Un enfant était perdu de vue.

Le placement d'un enfant a été poursuivi administrativement en famille d'accueil. L'enfant maintenait des liens avec ses deux parents. L'importance des troubles du comportement à type de TOC et de stéréotypies a été soulignée et un suivi en CMPP a été débuté.

Un enfant vivant au domicile parental et suivi médicalement par la PMI développait des troubles du comportement. Un accueil en crèche était débuté. L'absence de limites éducatives données par les parents rendait difficile l'accueil en collectivité. Une AEMO judiciaire était débutée à la demande des travailleurs sociaux.

Un enfant vivant au domicile maternel, suivi médicalement par la PMI était atteint de graves troubles du comportement. La mère a été orientée vers le CMPP par la crèche ; l'enfant a été diagnostiqué comme psychotique. Le dossier de la PMI ne fait pas état de troubles du comportement.

Durant la quatrième année :

Seul l'enfant placé était âgé de 4 ans lors du recueil de données. Il était accueilli en famille d'accueil à plein temps. Il entretenait des relations avec ses deux parents. Il développait des troubles du comportement importants (stéréotypies) mais son dossier ne mentionnait pas de suivi spécialisé.

2.7.2. Grossesses sans signalement (n=69)

▪ MODALITES D'HOSPITALISATION

Ces 67 couples mère/enfant (69 enfants car 2 grossesses gémellaires) faisaient l'objet d'inquiétudes particulières, à des degrés divers, pour la période du post partum immédiat.

Afin de soutenir les premières interactions et d'évaluer les compétences maternelles, les modalités d'hospitalisation des couples mère-enfant n'ayant pas fait l'objet de mesures de signalement au cours de la grossesse étaient les suivantes :

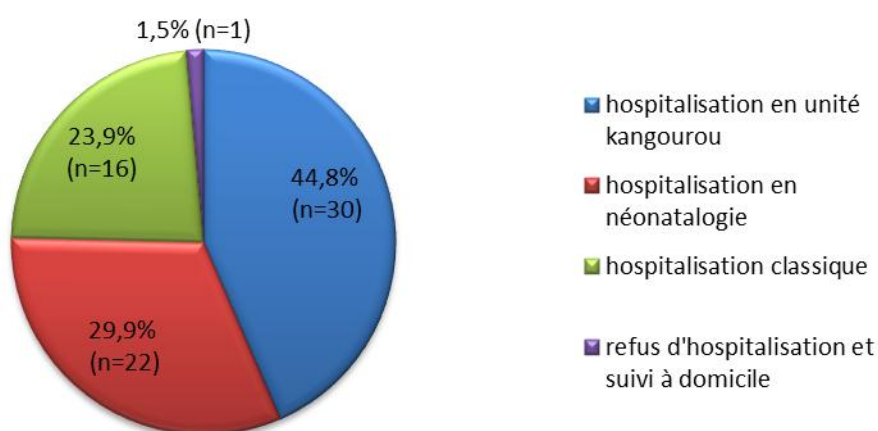


Figure 25 : modalités d'hospitalisation en suites de couches

Les motifs d'hospitalisation en néonatalogie ont été les suivants:

- Prématurité pour 8 enfants (36,4%)
- Hypotrophie pour 2 enfants (9,1%)
- Syndrome d'imprégnation/sevrage de toxiques et ou médicaments pour 2 enfants (9,1%)

- Hébergement suite à une ordonnance de placement provisoire prononcée au cours du séjour en maternité pour 2 enfants (9,1%)
- Hébergement pour souhait de confier l'enfant à l'adoption pour 2 enfants (9,1%)
- Cardiopathie congénitale pour 1 enfant (4,5%)
- Acidose sévère pour 1 enfant (4,5%)
- Traitement antirétroviral pour 1 enfant (4,5%)
- Traitement intraveineux d'une infection materno-fœtale pour 2 enfants (4,5%)
- Fente labio-palatine pour 1 enfant (4,5%)
- Défaut de place ne unité kangourou pour 1 enfant (4,5%)

▪ **ORIENTATION EN SORTIE DE MATERNITE**

Les orientations proposées furent :

- 30 retours à domicile avec le soutien de la PMI soient 43,5%
- 11 accueils en centre maternel soient 15,9%
- 8 retours à domicile avec soutien de la PMI et de travailleuses familiales soient 11,6%
- 6 retours à domicile sans coopération avec les services de PMI soient 8,7%
- 6 placements administratifs en pouponnière, décidés contractuellement entre les parents et l'aide sociale à l'enfance soient 8,7%
- 4 retours à domicile avec le soutien de travailleuses familiales, de la PMI et d'un pédopsychiatre soient 5,8%
- 2 placements judiciaires ordonnés par le Procureur de la République, soient 2,9%
- 1 sortie en famille d'accueil de l'ASE pour la mère mineure et son enfant soient 1,45%
- 1 enfant, confié à l'adoption par sa maman, a été adopté à l'âge de 2 mois soient 1,45%

▪ **DEVENIR**

RAPPEL :

- Devenir très satisfaisant : enfants vivant au domicile parental sans mesure d'assistance éducative **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir satisfaisant : enfants vivant au domicile parental avec mesures d'assistance éducatives **et** ne développant pas de troubles du comportement.
- Devenir peu satisfaisant : enfants retirés du milieu familial, maintenant des liens avec leurs parents **et** ne développant pas de troubles du comportement
- Devenir insatisfaisant : enfants vivant au domicile parental ayant fait l'objet d'une IP **et/ou** développant des troubles du comportement (indépendamment d'éventuelles mesures d'assistance éducatives)
- Devenir très insatisfaisant : enfant retiré du milieu familial ne maintenant aucun lien avec ses parents **et/ou** développant des troubles du comportement.

Le devenir global des enfants nés de grossesse sans signalement était le suivant :

Tableau X : devenir à un an des enfants nés de grossesses non signalées

enfants	effectif initial	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
Placés judiciairement	2	0	0	0	2	0
Placés administrativement	6	0	0	2	0	3
Au domicile seulement	6	4	0	0	2	0
Au domicile + PMI	30	22	0	0	3	5
Au domicile + PMI + TISF	8	5	1	0	0	2
Au domicile +PMI + TISF + pédopsychiatre	4	0	0	0	2	0
Placé en famille avec sa mère	1	0	0	0	0	1
En foyer maternel	11	1	4	0	1	5
total	68	32	5	2	10	16
%	100	47	7,4	2,9	14,7	23,6

Tableau XI : devenir à 2 ans des enfants nés de grossesses non signalées :

enfants	effectif à 2 ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
Placés judiciairement	1	0	0	0	0	1
Placés administrativement	5	0	0	2	0	3
Au domicile seulement	5	3	1	0	1	0
Au domicile + PMI	27	17	5	0	0	5
Au domicile + PMI + TISF	7	4	0	0	0	3
Au domicile + PMI + TISF + pédopsychiatre	2	0	0	0	1	1
En foyer maternel	9	1	0	2	0	6
total	56	25	6	4	2	19
%	100	44,7	10,5	7,2	3,6	34

Tableau XII : devenir à 3 ans des enfants nés de grossesses non signalées

enfants	effectif à 3ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
Placés judiciairement	1	0	0	0	0	1
Placés administrativement	5	1	0	1	0	3
Au domicile seulement	1	0	0	0	1	0
Au domicile + PMI	8	6	0	0	1	1
En foyer maternel	5	0	1	3	0	1
total	20	7	1	4	2	6
%	100	35	5	20	10	30

Tableau XIII : devenir à 4 ans des enfants nés de grossesses non signalées

enfants	effectif à 4 ans	très satisfaisant	satisfaisant	peu satisfaisant	insatisfaisant	très insatisfaisant
Placés administrativement	3	0	0	0	0	3
En foyer maternel	3	0	1	1	0	1
total	6	0	1	1	0	4
%	100	0	16,7	16,7	0	66,6

DEVENIR DES ENFANTS ACCUEILLIS AU DOMICILE PARENTAL

AVEC SOUTIEN DE LA PMI (N=30)

Le seul soutien de la PMI a été mis en place auprès des familles pour lesquelles aucun élément d'inquiétude majeur n'avait été dépisté durant la période anténatale. Cependant en raison de la fragilité des couples parents/enfants accompagnés, ce soutien avait également un but d'évaluation des compétences parentales.

Première année de vie

A un an, un enfant était perdu de vue. Sept situations concernant 8 enfants (26,6%) avaient fait l'objet d'IP. Les auteurs, motifs et suites données à ces signalements furent les suivants :

Tableau XIV : situation des enfants ayant fait l'objet d'IP au cours de la 1^{ère} année de vie

Auteur(s) du signalement	Motifs du signalement	Décision	Lieu de vie à un an	Situation de l'enfant à un an
CESAME+ CIRCO	Carences multiples affectives et éducatives	IOE	Domicile parental	Troubles du comportement majeurs et retard des acquisitions psychomotrices
Service de pédiatrie du CHU	suspicion de maltraitance devant des fractures multiples récidivantes et une consultation pour traumatisme périnéal	Placement judiciaire à 5 mois 1/2	Accueil en collectivité	Troubles du comportement en lien avec des actes de maltraitance et des abus sexuels de la part du père
voisinage	Suspicion de maltraitance	IOE	Domicile de la grand-mère maternelle	Troubles du comportement en lien avec un non-respect des rythmes de l'enfant et des carences éducatives
PMI	Procédure judiciaire initiée contre le père pour violence volontaire avec arme à l'égard d'un tiers	IOE	Domicile parental	Retard global de développement psychomoteur en lien avec un défaut de stimulation
PMI	Refus de collaboration des parents et antécédents de maltraitance sur les ainés de la fratrie	Aucune car aucun élément de danger concret n'a été décrit	Domicile parental	Peu de renseignements car le suivi était assuré par le médecin traitant
MDS	Suspicion de carence de soins pour 2 jumeaux	IOE	Domicile parental	Pas d'éléments d'inquiétude concernant de développement des enfants, uniquement problèmes financiers
Service de pédiatrie du CHU	Fracture et suspicion de maltraitance	Placement judiciaire et IOE	Accueil en collectivité	Troubles du comportement en lien avec une anxiété majeure

Les dossiers des 5 enfants présentant des troubles du comportement et/ou des retards d'acquisitions ne faisaient pas mention d'un suivi spécialisé.

Parmi les 22 enfants n'ayant pas fait l'objet de mesures de signalement, huit (soient 26,6% des enfants suivis uniquement par la PMI) résidaient au domicile commun de leurs deux parents. Quatorze (46,6%) résidaient au domicile de leur mère ; la moitié d'entre eux entretenait des relations avec leur père. Pour un enfant des carences nutritionnelles ont été repérées et corrigées par la PMI.

Pour un enfant, dont la mère était connue comme psychotique, une AEMO administrative a été mise en place. Aucun enfant ne développait de troubles du comportement.

Seconde année de vie et au-delà

A deux ans :

Vingt-sept enfants étaient âgés de deux ans ou plus lors du recueil des données. La situation des enfants ayant fait l'objet d'IP au cours de la première année de vie était la suivante :

Tableau XV : situation des enfants à 2 ans

Motifs du signalement	Décision initiale	Décision au cours de la deuxième année	Lieu de vie à deux ans	Situation de l'enfant à deux ans
Carences multiples affectives et éducatives	IOE	Nouvelles IP de la PMI pour carences de soins puis mesure d'AEMO	Domicile maternel	Troubles anxieux du comportement et retard majeur des acquisitions psychomotrices
Violences physiques et viol	Placement judiciaire à 5 mois 1/2	Enfant restitué à sa mère sous mesure d'AEMO et incarcération du père	Centre maternel	Régression des troubles du comportement. Peu de séquelles comparativement aux violences subies
Suspicion de maltraitance	IOE	IOE en cours	Garde alternée entre domicile de la grand-mère maternelle et de la mère	Cassure staturo-pondérale en lien avec des troubles des interactions avec les adultes qui s'occupent de lui

Tableau XV bis : situation des enfants à 2 ans

Motifs du signalement	Décision initiale	Décision au cours de la deuxième année	Lieu de vie à deux ans	Situation de l'enfant à deux ans
Procédure judiciaire initiée contre le père pour violence volontaire avec arme à l'égard d'un tiers	IOE	Nouvelles LIP de la PMI et IOE en cours	Domicile parental	Retard global de développement psychomoteur persistant en lien avec un défaut de stimulation
Suspicion de carence de soins pour 2 jumeaux	IOE	Extension de l'AEMO en place pour le frère aîné	Domicile parental	Pas d'éléments d'inquiétude concernant de développement des enfants
Fracture et suspicion de maltraitance	Placement judiciaire et IOE	Accueil en collectivité	Accueil en collectivité	Régression des troubles du comportement. Lien avec la mère tenu depuis la naissance d'un nouvel enfant. Pas de lien avec le père

A 2 ans aucun enfant n'a fait l'objet d'une IP de novo. Parmi ces 20 enfants 40% vivaient au domicile commun de leurs deux parents, 60% vivaient au domicile maternel. Pour 2 enfants (10%) un suivi en pédopsychiatrie avait été initié en préventivement en raison de pathologies maternelles (psychose et dépression). L'assistance éducative contractuelle entre la mère psychotique et l'ASE était poursuivie. Aucun enfant ne présentait de troubles du comportement.

A trois ans :

Onze enfants étaient âgés de trois ans ou plus lors du recueil des données. Trois enfants (27,3%) étaient perdus de vue. Un enfant a fait l'objet d'une IP de novo au cours de la troisième année. Les parents qui avaient initié une assistance éducative contractuelle avec l'ASE ont décidé d'y mettre un terme. Les éducateurs de l'enfant ont donc réalisé une

IP, au motif que la poursuite d'un suivi était nécessaire au bon développement de l'enfant. L'AEMO a été poursuivie dans un cadre judiciaire. Quatre enfants (36,4%) vivaient au domicile commun de leurs deux parents. Deux enfants (18,2%) vivaient au domicile de leur mère. Aucun enfant ne développait de troubles du comportement. Les situations des trois enfants ayant fait l'objet d'IP au cours de leur première année de vie étaient les suivantes :

Tableau XVI : situation des enfants à 3 ans.

Motifs du signalement	Décision au cours de la deuxième année	Décision au cours de la troisième année	Lieu de vie à trois ans	Situation de l'enfant à trois ans
Carences multiples affectives et éducatives	Nouvelles IP de la PMI pour carences de soins puis mesure d'AEMO	Mesure d'AEMO et suivi au CAMSP	Domicile maternel, déménagement hors département	Enfant psychotique présentant un retard majeur des acquisitions psychomotrices
Suspicion de carence de soins pour 2 jumeaux	Extension de l'AEMO en place pour le frère aîné	Fin d'AEMO	Domicile parental	Pas d'éléments d'inquiétude concernant de développement des enfants

Les cinq enfants âgés de quatre ans lors du recueil de données étaient perdus de vue.

DEVENIR DES ENFANTS SORTIS EN FOYER MATERNEL (N=11)

Première année de vie

Lors du recueil des données 3 enfants (30%) étaient âgés de moins de 1 an. Tous résidaient au foyer maternel avec leur mère. Un seul avait encore des liens avec son père. Aucun enfant ne manifestait de troubles du comportement. Aucun élément d'inquiétude n'avait été relevé par les encadrants du foyer.

A un an :

Cinq enfants étaient placés judiciairement à l'ASE soient 40%. Les motifs de placement étaient :

- de la maltraitance avec violences physiques pour 2 cas (20%),
- une incapacité de prendre en charge l'enfant de manière autonome après un an en foyer pour 2 cas (20%)
- une décompensation de troubles psychiatriques pour 1 cas (10%).

Parmi ces 5 enfants, 3 étaient accueillis en famille d'accueil, 1 chez un tiers digne de confiance et 1 en foyer. Tous maintenaient des liens avec leur mère, trois sur cinq (60%) maintenaient des liens avec leur père. Un seul enfant bénéficiait de visites au domicile parental. Quatre enfants sur cinq (80%) présentaient des troubles du comportement, tous en lien avec les interactions parentales. Le seul ne présentant pas de troubles comportementaux était l'enfant hébergé chez un tiers digne de confiance.

Un enfant (10%) était toujours accueilli au centre maternel. Les liens avec son père étaient maintenus et celui-ci disposait d'un droit d'hébergement. Cet enfant présentait un retard global de développement psychomoteur dont l'étiologie pourrait être des séquelles de prématurité.

Un enfant (10%) était retourné vivre au domicile maternel après 3 mois au centre maternel. Aucun lien n'était maintenu avec le père. Le suivi médical, assuré par la PMI, ne faisait pas mention de troubles du comportement.

Un enfant vivant au domicile de ses parents (après sa sortie du foyer maternel au bout d'un mois) a fait l'objet d'IP pour des négligences et une instabilité de parcours parental.

Seconde année de vie et au-delà

A deux ans :

- Six enfants étaient placés judiciairement à l'ASE soient 54%. Les motifs de placement étaient identiques à ceux invoqués la première année (5 placements maintenus et un de

novo). Le nouvel enfant placé l'a été pour incapacité de prise en charge de manière autonome, après un an et trois mois d'accompagnement en foyer maternel. Parmi ces 6 enfants, 5 étaient accueillis en famille et un chez un tiers digne de confiance. Cinq enfants sur six (83,3%) maintenaient des liens avec leur mère. Deux sur six (33,3%) maintenaient un lien avec leur père. Quatre enfants (soient 67% des enfants placés) présentaient des troubles du comportement en lien avec les interactions parentales.

- Un enfant vivait au domicile maternel sans lien avec son père. Le suivi médical de la PMI ne mentionne pas de troubles du comportement.
- L'enfant ayant fait l'objet de lettre d'information préoccupante a été placé sous mesure d'AEMO pour carences éducatives. Il résidait alternativement chez son père et sa mère. Il présentait des troubles du comportement à type d'intolérance à la frustration.

A trois ans :

Seuls 5 enfants étaient âgés de trois ans ou plus lors du recueil des données.

Quatre (80%) étaient placés. Deux étaient à temps complet en famille d'accueil, un était en alternance en famille d'accueil et au domicile parental. Un enfant était toujours confié à un tiers de confiance. Un seul enfant placé présentait des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles. Son dossier ne fait pas mention d'un suivi en pédopsychiatrie.

Un enfant résidait alternativement au domicile paternel et maternel sous mesure d'AEMO, à laquelle les parents semblaient coopérer difficilement. Il n'est pas mentionné de troubles du comportement concernant cet enfant.

A quatre ans :

Seuls 3 enfants étaient âgés de 4 ans lors du recueil des données.

Un enfant était placé en famille d'accueil depuis sa naissance. Le lien avec sa mère était maintenu. Aucun lien avec son père n'a été recensé. Cet enfant présente des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles.

Pour un enfant, le placement initial chez un tiers digne de confiance a pris fin à la demande de ce tiers. L'enfant a donc été accueilli en alternance entre un foyer de l'ASE et le domicile maternel. Le père de cet enfant disposait d'un droit d'hébergement au domicile des grands-parents paternels. Cet enfant ne semblait pas présenter de troubles du comportement.

Un enfant vivait alternativement au domicile paternel et maternel. Cet enfant faisait toujours l'objet d'une mesure d'AEMO pour carences éducatives. Son dossier ne faisait pas état de troubles du comportement.

DEVENIR DES ENFANTS SORTIS A DOMICILE AVEC LE SOUTIEN DE LA PMI ET DE TRAVAILLEUSES FAMILIALES (N=8)

Première année de vie

Parmi ces 8 enfants, 5 sont rentrés au domicile parental en sortie de maternité. Ces 5 enfants ont résidé au domicile parental durant la première année de vie et aucun élément d'inquiétude (médical ou psychologique) n'a été relevé par la PMI qui assurait leur suivi médical. Ces enfants n'ont fait l'objet d'aucun signalement durant la première année de vie.

Un enfant a été accueilli initialement au domicile de ses grands-parents en raison d'une IP rédigée par l'UMPSP lors du séjour en maternité. Le motif principal était une incapacité de prise en charge de l'enfant, en lien avec des troubles psychiatriques maternels. Les suites données ont été la saisie du DISMO et la mise en place d'une AEMO renforcée (judiciaire) au domicile parental.

Un enfant accueilli initialement au domicile parental a fait l'objet d'IP au cours des 6 premiers mois de vie. Cette rédaction a été conjointe par la Maison Des Solidarités, l'école des aînés de la fratrie et le commissariat de police. Les motifs étaient des carences multiples tant dans les soins d'hygiène que dans l'éducation. Aucun acte de violence à l'égard de l'enfant n'était mentionné. Il a été mis en place une AEMO renforcée au domicile parental.

Un enfant accueilli initialement au domicile parental a fait l'objet, à 7 mois de vie, d'une IP. La mère de cet enfant avait déclaré une psychose puerpérale 48 heures après son

retour à domicile. Elle avait été hospitalisée à la demande d'un tiers pour une durée de 1 mois. A sa sortie d'hospitalisation, les parents ont mis fin à l'intervention des TISF. A sept mois de vie, suite à une hospitalisation de l'enfant pour des fractures, des ecchymoses et un hématome sous dural, le service de pédiatrie a alerté l'ASE. Une enquête a mis en évidence de lourdes carences éducatives et un placement judiciaire en famille d'accueil a été décidé. Cet enfant est aujourd'hui âgé d'un peu moins de 1 an, réside en famille d'accueil et rencontre ses parents lors de visites médiatisées. Une enquête pénale pour maltraitance est en cours d'instruction. A son issue le Juge des Enfants statuera sur le maintien du placement.

Seconde année de vie et au-delà

Les 5 enfants initialement rentrés au domicile n'ont fait l'objet d'aucun signalement. Il n'était pas mentionné la durée ni les modalités d'intervention des TISF. Tous ces enfants maintenaient un lien avec leur mère et leur père. Pour un enfant un suivi en CMPP a été débuté. La raison de ce suivi n'était pas mentionnée par la PMI qui assurait le suivi médical de l'enfant.

La mesure d'AEMO renforcée au domicile parental, initiée pour des troubles psychiatriques maternels, a été maintenue. L'enfant entretenait des liens avec ses deux parents. Il développait des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles et un suivi en CMP avait été débuté.

La mesure d'AEMO renforcée prise pour des négligences, des carences multiples était maintenue. Malgré ce suivi la situation a fait l'objet de nouvelles lettres d'information préoccupantes de la part de la MDS et de la police pour des carences de soins. Il a été ordonné par le Procureur de la République, puis par le Juge des Enfants, un placement de l'enfant et de toute sa fratrie. Tous ont donc été accueillis en collectivité afin de ne pas être séparés. Cette enfant est aujourd'hui âgée de 4 ans. Elle est toujours accueillie en collectivité avec ses frères et sœurs et ne développe pas de troubles du comportement. Le lien avec la mère est maintenu et celle-ci dispose d'un droit de visite élargi et d'un droit d'hébergement. Son père, actuellement incarcéré (pour un délit routier), maintient un lien malgré l'impossibilité de mettre en place des visites. Cette mesure de placement avait été prise en réponse à une mère isolée, dépassée par la gestion du quotidien de 7 enfants. Le

placement s'est posé en alternative et est aujourd'hui poursuivi dans un cadre administratif, permettant à cette mère d'exercer pleinement ses compétences sans être débordée.

DEVENIR DES ENFANTS SORTIS SANS SUIVI PREVU PAR LA PMI

(N=6)

Première année de vie

Parmi ces 6 enfants, 3 (50%) sont rentrés à domicile avec leurs parents et n'ont jamais fait l'objet d'IP. Le suivi médical des enfants a été assuré par un pédiatre libéral et des médecins traitants. Pour deux enfants (33,3%), les parents sont spontanément venus consulter à la PMI au cours de la première année de vie.

Un enfant a fait l'objet d'une IP car le père était suspecté d'avoir fait appel à une mère porteuse pour sa conception. Aucun élément de mise en danger ou de négligence à l'égard de cet enfant n'avait été observé par ailleurs. L'ASE n'étant pas compétente pour statuer sur ce sujet n'a pas donné de suites à cette information. Parallèlement une instruction du dossier a été débutée auprès du tribunal d'Angers. La mère biologique de l'enfant souhaitait rompre le lien de filiation et confier l'enfant à son père biologique et la compagne de celui-ci. Les parents ont refusé le suivi par la PMI. Le suivi médical de l'enfant était assuré par le médecin traitant. Cet enfant est aujourd'hui âgé d'un peu plus d'un an, vit au domicile de son père et de sa mère « adoptive », son développement ne fait l'objet d'aucune inquiétude particulière.

La situation d'un enfant a fait l'objet d'une lettre d'IP dans les 6 premiers mois de vie. L'inspection académique de l'école des aînés de la fratrie était à l'origine du signalement. Le motif était une suspicion de violence à l'égard des aînés de la fratrie. Il a été mis en place une Investigation en Orientation Educative qui a débouché sur une AEMO. L'enfant vivait au domicile de ses deux parents, ne présentait pas de troubles du comportement ni de signes patents de maltraitance.

Un enfant vivait au domicile au domicile de ses deux parents et était suivi par un médecin traitant. Aucun trouble du comportement n'avait été décelé au cours de la première année de vie.

Seconde année de vie et au-delà

A deux ans :

Seuls 5 enfants étaient âgés de 2 ans ou plus lors du recueil de données. Trois d'entre eux (50%) vivaient au domicile parental et ne faisaient l'objet d'aucune inquiétude particulière.

Un enfant (20%) vivait au domicile parental et faisait l'objet d'une mesure d'AEMO. Son dossier ne mentionnait pas d'éléments d'inquiétude particulière. Cet enfant est aujourd'hui âgé de deux ans, réside au domicile parental et se développe bien. La mesure d'AEMO est poursuivie pour 1 an au moins.

Un enfant (20%) vivant au domicile parental a fait l'objet d'une IP rédigée par les services sociaux de secteur. Le motif d'inquiétude était un comportement maternel inadéquat avec l'entrée en autonomie de l'enfant. Cet enfant développait des troubles du comportement en lien avec un lien fusionnel à sa mère. Il a été décidé par le juge des enfants d'une mesure d'AEMO. Cette enfant est aujourd'hui âgée de quatre ans, elle ne présente plus de troubles du comportement. La mesure d'AEMO est levée depuis 1 an. Cette mesure a permis à la mère un travail sur ses représentations parentales et ses interactions avec son enfant grandissant.

.DEVENIR DES ENFANTS ACCUEILLIS AU DOMICILE PARENTAL AVEC LE SOUTIEN DE LA PMI, DE TISF ET DE PEDOPSYCHIATRES (N=4)

Ce type de suivi a été proposé à des femmes dont les troubles psychiatriques chroniques étaient connus depuis la période prénatale. Il s'adressait en particulier à des femmes dont les troubles étaient peu envahissants, suffisamment maîtrisés (anorexie, dépression et retard intellectuel) pour permettre d'investir l'enfant à naître et de s'en occuper de manière autonome.

Première année de vie

Un enfant (25%) a été perdu de vue dès sa sortie de maternité. Sa mère, initialement suivie pour dépression, a refusé toute coopération avec les services de PMI et du CMPP. Cette situation n'a fait l'objet d'aucun signalement.

Un enfant (25%) a été perdu de vue à 4 mois de vie. La mère, initialement suivie pour anorexie, a interrompu le suivi initié par la PMI et ne se présentait plus aux rendez-vous médicaux. Cette enfant est aujourd'hui âgée de 6 mois, n'est pas suivie sur un plan médical ni psychologique. Cette situation n'a fait l'objet d'aucun signalement.

Pour un enfant (25%) dont la mère était initialement suivie pour anorexie et toxicomanie, l'accompagnement à domicile a pu être poursuivi. L'enfant résidait au domicile maternel. Le suivi médical était assuré par la PMI. Des troubles du comportement ont été dépistés à type de relation fusionnelle entre la mère et l'enfant. La mère a refusé le suivi en CMPP.

Pour un enfant (25%) dont la mère souffrait de retard mental, le suivi de la PMI était aléatoire, faute de coopération parentale. Cet enfant résidait au domicile commun des parents. Il a développé des troubles du comportement à type de ralentissement psychomoteur global en lien avec des réponses parentales absentes ou inadaptées.

Seconde année de vie et au-delà

L'enfant dont la mère était suivie pour anorexie et toxicomanie résidait au domicile maternel. Son dossier ne faisait pas mention de ses liens avec son père. La PMI assurait son suivi médical et a dépisté des troubles du comportement à type d'a-socialisation. La mère a refusé tout suivi en CMPP et interrompu ses visites à la PMI. Le médecin traitant a pris le relai du suivi médical. L'enfant est aujourd'hui âgé de trois ans et présente des troubles de la socialisation. La mère refuse tout suivi en CMPP mais collabore avec son médecin traitant. La situation n'a pas fait l'objet d'information préoccupante.

La situation de l'enfant dont la mère présentait un retard mental a fait l'objet d'une IP au cours de la deuxième année de vie. Cette lettre a été rédigée par la CIRCO. Malgré un étayage important par la présence de TISF au domicile trois demi-journées par semaine et un accueil en crèche deux fois par semaine, l'enfant a développé un retard psychomoteur majeur. Des carences de soins multiples avaient été repérées. Les parents ne se soumettaient pas au suivi psychiatrique qui leur était nécessaire. Une audience avec le Juge des Enfants a été prévue mais les parents ont déménagé précipitamment vers un autre département. Le relai a donc été pris par les services de l'ASE du département d'accueil, l'enfant était alors âgé de 3 ans.

ADMINISTRATIVEMENT (N=6)

Le placement administratif concerne les familles incapables de prendre en charge de manière globale et à temps complet leur enfant. Les raisons de cette incapacité sont le plus souvent des troubles psychiatriques (concerne 66,7% de notre effectif soient 4 enfants) mais aussi un logement inadapté, en lien semble-t-il avec un non-investissement des enfants à naître (concerne 2 enfants soient 33,3%).

Première année de vie

Un enfant a été placé en collectivité hors du département et perdu de vue après sa sortie de maternité.

Quatre enfants ont été accueillis en collectivité durant la première année de vie soit 66,7%. Un seul enfant a été accueilli en famille d'accueil (16,65%).

Parmi les 4 enfants accueillis en collectivité, tous ont maintenu un lien avec leur mère et la moitié ont maintenu un lien avec leur père. Tous les parents disposaient d'un droit de visite à domicile. La moitié des enfants (2 enfants jumeaux) accueillis en collectivité ont développé des troubles du comportement en lien direct avec les interactions maternelles et des carences affectives. Il est à noter qu'une famille a refusé de poursuivre le placement administratif au-delà de 6 mois. Une IP a été rédigée. Le placement a été maintenu, cette fois dans un cadre judiciaire.

L'enfant hébergé en famille d'accueil a maintenu des liens avec ses deux parents au cours de sa première année de vie. Les parents ne disposaient pas de droits de visite au domicile. L'enfant a développé des troubles du comportement en lien, non pas avec les interactions parentales, mais avec un syndrome dépressif grave chez sa nourrice.

Seconde année de vie et au-delà

Durant la deuxième année :

- Tous les placements ont été maintenus
- 4 enfants étaient accueillis en collectivité (80%)
- 1 était en famille d'accueil (20%)

- 3 enfants ont maintenu des liens avec leur mère (60%)
- 3 enfants ont maintenu des liens avec leur père (60%)
- 2 enfants avaient un droit de visite au domicile parental (40%)
- 3 enfants présentaient des troubles du comportement (60%), 2 en lien avec des carences affectives et la vie en collectivité, 1 en lien avec les troubles psychiatriques maternels et de sa nourrice. Ce dernier enfant a été changé de famille d'accueil au cours de sa deuxième année de vie et son dossier fait mention d'un suivi en pédopsychiatrie.

Durant la troisième année :

- Un placement (20%) n'a pas été renouvelé et l'enfant est allé vivre à temps plein chez ses parents
- Quatre placements (80%) ont été maintenus
- 3 enfants (75%) étaient accueillis en famille d'accueil
- 1 enfant (25%) était accueilli en collectivité
- Seuls 2 enfants (50%) maintenaient des liens avec leur père et leur mère, ces 2 enfants bénéficiaient de visites au domicile parental.
- 1 enfant présentait des troubles du comportement en lien avec les interactions maternelles. Son dossier fait mention d'un suivi en pédopsychiatrie.

L'enfant accueilli en collectivité évoluait très favorablement. Ses parents étaient très investis dans le lien à leur enfant, malgré une incapacité à le prendre en charge à temps complet. Cet enfant bénéficiait de visites élargies de sa famille au sein du foyer de l'enfance.

Durant la quatrième année :

Seuls trois enfants étaient âgés de plus de trois ans lors du recueil des données. Parmi eux, deux jumeaux étaient placés en famille d'accueil. Leur mère n'honorait plus ses droits de visite depuis un an, aucun lien n'était maintenu avec leur père. Ces enfants ne présentaient plus de troubles du comportement depuis qu'ils étaient en famille d'accueil.

Une procédure de déclaration judiciaire d'abandon était en cours afin de les rendre adoptables.

L'enfant en famille d'accueil maintenait des liens avec sa mère, atteinte de graves troubles psychiatriques. Aucun lien n'était maintenu avec le père. Les troubles du comportement de l'enfant évoluaient en lien avec ceux de sa mère, un espacement des droit de visites était bénéfique à l'enfant. Il est aujourd'hui âgé de 4 ans, présente toujours des troubles comportements suivis en pédopsychiatrie.

DEVENIR DES ENFANTS PLACES JUDICIAIREMENT (N=2)

Pour les 2 enfants le placement a été confirmé par le juge des enfants lors de la première audience.

Pour 1 enfant le motif du placement était des troubles psychiatriques maternels. Le rapport psychiatrique attestant de ces troubles n'ayant pas été versé au dossier du tribunal, la mère a pu se pourvoir en cassation et récupérer la garde de son enfant. Il a été prononcé une mesure d'AEMO en juin 2011. L'enfant est depuis suivi par le service d'AEMO et nous n'avons pas pu recueillir d'informations. Il est aujourd'hui âgé de 1 an.

Pour le second enfant le motif de placement initial était la survenue de violences conjugales au sein du service de maternité. Faute de place en foyer maternel, il a été ordonné un placement auprès des services de l'ASE. Durant la première année de vie l'enfant a été accueillie en collectivité puis elle a été confiée à une famille d'accueil à l'âge d'un an.

Les parents n'ont pas maintenu de lien avec cette enfant au-delà de la première année. L'enfant est aujourd'hui âgée de 3 ans. Elle ne présente pas de troubles du comportement. Actuellement, les parents n'honorant pas les droits de visite depuis plus d'un an, il est envisagé une procédure de déclaration d'abandon qui permettrait à cette petite fille d'être adoptable. La mère de l'enfant dans un courrier adressé au référent ASE, impute aux services de l'ASE l'échec de ce placement. Elle dit n'avoir pas pu construire de lien avec sa fille à cause de la séparation précoce (liée au manque de place en foyer maternel) et s'être retrouvée confrontée à une « étrangère », sa fille.

DEVENIR DE L'ENFANT PLACE AVEC SA MERE

La mère mineure était confiée aux services de l'ASE. Elle a pu bénéficier en sortie de maternité d'un hébergement en famille d'accueil avec son bébé. Cela a duré quelques jours le temps de trouver une place en foyer maternel, où elle a secondairement emménagé.

A 6 mois de vie l'enfant a été retiré à sa mère pour maltraitance et mise en danger. Il a alors été accueilli en collectivité au sein des services de l'ASE. Aucun lien n'était maintenu avec son père et le dossier ne faisait pas mention de troubles du comportement.

L'enfant est aujourd'hui âgé d'un peu plus de 1 an. Son placement a été maintenu en collectivité. Sa grand-mère maternelle a fait des démarches pour en obtenir la garde mais elle n'a pas été jugée digne de confiance. Sa mère honore ses droits de visite. Aucun lien n'est maintenu avec le père. Son dossier ne mentionne pas de troubles du comportement.

3. Discussion

3.1. Caractéristiques de la population étudiée

La spécificité de la population étudiée ne permet pas de rendre cette étude comparable à d'autres existantes. Pour cette partie nous avons fait un rapprochement avec une étude toulousaine centrée sur une population précaire (GAYRAL-TAMINH, M et al., 2005) et mis en parallèle les caractéristiques de notre population avec celles de l'enquête périnatale de 2010. Le taux de femmes présentant des troubles psychiatriques n'est évalué dans aucune étude, or, ces troubles touchaient 47% de notre population. Ce critère rend très relative la comparaison. En effet nous n'avons pas pu évaluer dans quelle mesure ces troubles (cf. figure 5) ont influé sur le déroulement de la grossesse de nos patientes.

3.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des parents

Notre population se compose de femmes jeunes (27,2 ans +/-7,8 ans), d'origine française à 94%, plus souvent primipares que dans la population générale. La proportion de femmes seules est élevée.

Le taux de femmes ayant une activité professionnelle au moment de leur grossesse est extrêmement faible (cf. figure 2). Cette forte proportion d'inactifs peut s'expliquer par les 10,6% de patientes encore étudiantes et par le faible niveau d'étude de nos patientes (cf. figure 2). Si dans la population générale la moitié des femmes qui accouchent ont leur baccalauréat ce taux n'est que de 21,74% dans notre échantillon de population.

L'analyse des situations socio-économiques des conjoints n'a pas été possible en raison de l'insuffisance de renseignements consignés dans le dossier obstétrical. Seul le critère des ressources a pu être étudié ; il a mis en évidence que pour 51% elles ne provenaient pas uniquement du travail.

Le taux de couverture sociale en début de grossesse n'a pas pu être étudié car il n'était pas renseigné dans les dossiers obstétricaux.

3.1.2. Antécédents et pathologies pré-gestationnelles

On sait de manière générale que les IVG sont sous-déclarées, quelle que soit la méthode pour recueillir l'information (HOUZARD, S et al., 2000), mais cette sous-déclaration peut varier suivant le mode de recueil. Avant cette grossesse, 29,8% des patientes avaient eu recours plus souvent à l'IVG. Pour notre étude, ces données ont été recueillies à partir du dossier médical. A contrario, dans l'enquête de périnatalité, la question a été posée directement aux femmes. Cette différence a pu avoir un effet, sans qu'on en connaisse le sens. Un défaut d'accès à l'éducation autour de la sexualité pourrait expliquer cet écart. Nous n'avons pas pu déterminer dans quelle mesure des difficultés d'accès à la contraception pouvaient être en cause.

La spécificité des pathologies pré-gestationnelles rencontrées chez nos patients (cf. figure 6) et leur faible effectif ne permet pas de comparaison avec des études existantes.

3.2. Contexte de la grossesse

Une faible proportion de grossesses était consécutive à un parcours de traitement de l'infertilité. (2,65%).

De manière générale, la survenue de la grossesse était peu prévue et peu désirée.

Le type de méthodes contraceptives utilisées avant la grossesse n'a pas été relevé dans notre étude. Il est à noter que parmi les 53,64% de femmes ne souhaitant pas de grossesse, presque la moitié (45%) n'utilisait pas de moyen de contraception. Ici encore, un défaut d'éducation, en particulier autour de la sexualité, pourrait expliquer ce paradoxe. Nous n'avons pas pu déterminer dans quelle mesure des difficultés d'accès à la contraception pouvaient être en cause.

L'analyse de l'IMC montre que dans notre population on trouve moins de femmes en surpoids et autant de femmes obèses que dans la population générale. Les femmes de notre population étaient plus fréquemment en état de maigreur (26,5% vs 8,3%).

La part de consommation de tabac est largement supérieure dans notre population à celle observée dans la population générale (58,9% vs 30,5%). Le cannabis représente la principale drogue illicite consommée en France (Beck et al., 2008) ; dans notre enquête, huit fois plus de femmes déclarent avoir consommé du cannabis pendant la grossesse que dans la population générale. Un peu plus de 11% des patientes ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de la grossesse, alors qu'elles se savaient enceintes, que dans la population générale. Il est probable que ce chiffre soit largement sous-estimé en raison d'une sous-déclaration par les patientes.

3.3. Surveillance prénatale

Toutes les grossesses suivies en UMPSP ont fait l'objet d'une déclaration. Cependant, le taux de déclarations tardives au-delà de la limite fixée par la réglementation (16SA) était élevé. Cela s'explique en partie par le nombre important de dénis de grossesse (grossesse découverte à partir de 20SA et au-delà) qui s'élevait à 11,92% de notre effectif initial (soient 18 cas).

Le nombre total de consultations de nos patientes, y compris aux urgences, était en moyenne de 7,65. Ce chiffre est plus élevé dans la population générale. La différence ne s'explique pas tant par un moindre suivi des patientes que par un biais dans le recueil des données. En effet nous avons comptabilisé les consultations réalisées au CHU. Or, un certain nombre de patientes a bénéficié de consultations supplémentaires auprès de médecins traitants et autres professionnels à l'extérieur de l'hôpital. Nous n'avons pas pu les recenser. De même, le nombre d'échographies par patiente n'a pas pu être recueilli. Cependant l'enquête périnatale 2010 établit un lien entre précarité et faible nombre de consultations prénatales. Le caractère partiel des données que nous avons recueillies ne permet pas de conclure quant à notre population.

3.4. Complication de la grossesse

Le taux d'hospitalisations prénatales dans notre population était très supérieur aux 24% de la sous population de femmes précaires de l'enquête de périnatalité.

Les différentes pathologies observées ainsi que leur fréquences sont détaillées figure 11. On observe que le taux de complications de la grossesse est très élevé dans notre population (83%). Ce chiffre peut s'expliquer par le choix fait dans notre étude de considérer comme complication toute aggravation de pathologies psychiatriques préexistantes. Cependant, si on observe les taux de diabète gestationnel, de menace d'accouchement prématuré et de pré-éclampsie, on constate que ces pathologies semblent plus fréquemment rencontrées dans notre population.

3.5. Travail et accouchement

Le taux de prématurité dans notre population est similaire à celui d'une étude toulousaine centrée sur une population précaire (15,9% vs 15%) (GAYRAL-TAMINH, M et al., 2005). Ces chiffres sont moitié plus élevés que dans la population générale.

Moins de femmes ont bénéficié d'une induction artificielle du travail dans notre population (16,5% vs 22,7%). Le taux de césarienne avant mise en travail était, lui, plus élevé (16,5% vs 10,9%)

Au total le pourcentage de naissances par voie basse non instrumentale dans notre étude était un peu plus élevé que dans la population générale.

On observe que l'inclusion en UMPSP pour plusieurs grossesses successives pourrait améliorer le terme de prise en charge (cf. tableau 2). Le terme de naissance (tableau 3) tout comme le poids (tableau 4) seraient améliorés. La discordance de résultats observée pour la troisième grossesse consécutive suivie par l'unité s'explique par une naissance prématurée consentie. En effet, la patiente présentait un placenta praevia recouvrant hémorragique. Le faible échantillon de patientes ayant été suivies plusieurs fois en UMPSP reste toutefois trop faible pour que ces résultats soient significatifs.

3.6. Coordonnées des nourrissons

La taille des nourrissons de l'UMPSP est semblable à celle de la population générale. Le périmètre crânien, en revanche, semble plus faible dans notre population. Cela est peut-être en lien avec la consommation élevée de toxiques (figure 4) et la prise de traitements psychotropes.

Le poids moyen des nourrissons de notre population est plus faible que dans la population générale de l'enquête périnatale [2924g (+/-586g) versus 3254g (+/-568g).]

Les taux de score d'Apgar inférieurs ou égal à 7 à 5 minutes de vie était plus élevé dans notre étude que dans les résultats de l'enquête périnatale. Les étiologies de ces scores bas n'ont pas été renseignées dans l'enquête périnatale.

3.7. Séjour en maternité

Le choix de l'allaitement artificiel était nettement supérieur dans notre population (65,5% vs 31,3%). Ce choix est paradoxal dans une population aux revenus financiers limités pour la plupart. Il faut rappeler que pour plusieurs patientes, sous traitement psychotrope, l'allaitement était contre-indiqué. Cependant, si des raisons médicales peuvent en partie expliquer ce choix, cela soulève également la question de l'information reçue par les patientes et du travail entamé autour de leur maternité.

Le choix de l'allaitement mixte était inférieur dans notre population (2,2% vs 8,5%). Cette différence s'explique probablement par le fait que le choix de l'allaitement mixte est le plus souvent réalisé par des femmes d'origine noire africaine ou du Maghreb, peu représentées dans notre population.

La durée moyenne de séjour des mères est similaire à celle de l'étude toulousaine centrée sur une population précaire, qui donnait un séjour moyen de 6,6 jours +/-9 (GAYRAL-TAMINH, M. et al., 2005). Cette durée moyenne de séjour est plus longue que dans la population générale. Cette particularité s'explique par la nécessité d'apporter un soutien plus important à des mères fragiles tout en évaluant au mieux leurs compétences pour préparer la sortie.

Il semble que la rédaction anténatale d'une lettre d'information préoccupante soit corrélée avec une augmentation des hospitalisations en néonatalogie, au détriment de l'unité kangourou et des suites de couches classiques. Il convient de s'interroger dans quelle mesure ces décisions viennent compromettre le lien d'attachement, les relations futures, entre la mère et son enfant.

3.8. Pertinence des orientations en sortie de maternité.

On constate que globalement pour les enfants placés dès la naissance 93,55% étaient maintenus à 1 an. La restitution des enfants en première instance (n=4) s'est avérée être une erreur d'appréciation dans 50% des cas. En effet, 1 an, 1 enfant sur 2 était à nouveau placé. Le placement de 2 enfants secondairement restitués, ne saurait être considéré comme une erreur car des mesures éducatives ont été nécessaires. Cependant il ne faut pas méconsideérer que ce placement a pu entraver les liens primaires d'attachement entre mère et enfant. On peut s'interroger sur la pertinence de l'évaluation des besoins éducatifs et des capacités d'interactions mère/enfant qui avaient été réalisée au CHU. Un œil alarmiste n'a-t-il pas éclipsé les alternatives possibles au placement?

Parmi l'ensemble des enfants rentrés au domicile parental (n=59) cinq (8.5%) étaient placés à un an pour des actes de maltraitance et /ou des carences de soins. Deux situations avaient fait l'objet d'un signalement anténatal (une par la CIRCO seule, une par l'UMPSP seule). Se pose ici la question de déterminer si des troubles étaient dépietables durant la période prénatale ou s'il s'agit de troubles structurels apparus après la naissance. La période d'hospitalisation en suites de couche respectivement de 6,7 et 8 jours. Cette période aurait-elle pu être prolongée et l'hébergement étendu au père pour évaluer l'ensemble de la structure familiale?

La sortie en foyer maternel peut être considérée comme une orientation pour les mères en mal de logement et/ou fragilisées par une histoire personnelle chaotique. Ce moyen d'accueil constitue également un prolongement de la période d'évaluation. Il associe une surveillance des capacités maternelles, présumées limites ou raisonnablement déficientes, autant qu'un temps d'éducation privilégié. Il est intéressant de voir que ce mode de sortie n'a pas été proposé aux patientes dont la grossesse faisait l'objet d'une IP. L'explication probable est que cet accueil nécessite une adhésion et une collaboration de la patiente qui n'était pas jugé suffisant lors de la rédaction des IP.

La sortie vers le HOME ou le centre WINNICOTT permet aux équipes soignantes d'être relayées par des professionnels spécialisés dans la gestion des troubles psychiatriques. La séparation précoce entre la mère et l'enfant semble protéger l'enfant de la survenue de troubles du comportement mais le petit nombre de cas ne permet pas de rendre cette tendance significative et des facteurs de confusion sont possibles.

3.9. Placement et troubles du comportement

Le postulat de départ était qu'une séparation précoce visait à diminuer la survenue de troubles du comportement chez l'enfant. F. Moulhot en 2003 avait mené une étude sur 82 enfants séparés de leur mère à des âges différents. L'auteur constatait que le nombre d'enfants présentant des troubles du comportement et des pathologies lourdes augmentait considérablement lorsqu'on tardait à séparer de leurs parents ceux qui devaient l'être (MOULHOT, 2003). Or nous constatons que parmi les 32 enfants placés dès la naissance (judiciairement et administrativement) plus de la moitié a développé des troubles du comportement au cours de la première année de vie. Si ces troubles peuvent effectivement être dus à une relation pathologique avec les parents, dans quelle mesure l'évaluation faite est-elle objective ? La séparation n'est-elle pas en elle-même pourvoyeuse de troubles du comportement ? Et si oui comment prévenir leur apparition ?

On constate que peu d'enfants bénéficient d'un suivi en secteur spécialisé extérieur à l'ASE (à hauteur de 3,33% des enfants présentant des troubles du comportement à un an).

D'autre part la majorité des enfants de 0 à 1 an (73,33%) est accueillie en collectivité et que, pour 8% (soient deux enfants), ce mode d'accueil est directement en cause dans l'apparition des troubles du comportement. A deux ans, l'accueil en famille est mis en œuvre pour 43,75% des enfants placés. Il faut attendre la troisième année pour que 68,7% des enfants placés bénéficient d'un accueil individualisé. Ce temps administratif n'est pas le temps de l'enfance.

En effet, selon nombre de psychologues (FREUD S. , 1989) et psychiatres, c'est dans les trois premières années de vie que l'enfant élabore ses représentations narcissiques (JODEAU-BELLE Laetitia, 2010). Si le placement offre le parti de proposer une « mère suffisamment bonne » nécessaire à la construction du psychisme de l'enfant (WINNICOTT, D.W., 1971), encore faut-il être certain que la mère de substitution soit meilleure que l'originale n'aurait jamais su/pu l'être. Cela interroge sur la capacité de l'enfant à se construire en tant qu'individu physique et psychique dans un accueil en collectivité. Lorsque l'on constate qu'à l'origine des placements se trouvent des parents carencés ; qui mettent leur enfant en situation de manque (affectif, éducatif, sécuritaire) ; reproduisant le seul mode de relation qu'ils connaissent (GARNEAU, 2003) ; se pose une question : dans quelles mesures, sous couvert de protection aujourd'hui, ne générons nous pas des troubles différés chez les parents de demain ?

3.10. Limites de l'étude

Le petit nombre de patientes ne permet pas de rendre significatifs les résultats obtenus. Un suivi à plus long terme permettrait d'inclure plus de patientes et d'améliorer la fiabilité des résultats.

Le caractère rétrospectif de l'étude sur dossiers ne permettait pas de renseigner tous les items de notre masque de saisie. En effet, il n'existe pas d'endroit spécifique dans les dossiers obstétricaux pour recueillir une synthèse exhaustive de la situation psychosociale. C'est en lisant les comptes rendus de réunion, l'ensemble des dossiers, les courriers adressés aux médecins traitants, les entretiens réalisés par les psychologues, etc. que nous avons pu recueillir et synthétiser les données. Souvent les informations manquaient, étaient incomplètes, parfois elles étaient illisibles. Nous avons constaté que nous disposions de très peu d'informations concernant la situation psychosociale des conjoints. Certes ces femmes étaient souvent seules, cependant nous ignorons si ce défaut d'information provient d'un refus des femmes de communiquer ou si nous n'y sommes pas suffisamment attentifs.

Faute d'informations dans les dossiers obstétricaux, les données sur la situation sociale des patientes n'ont pas fait l'objet d'une analyse avancée. Il aurait été intéressant d'étudier plus précisément les conditions de logement et de revenus des femmes afin de déterminer avec précision leur degré de précarité et leur taux de couverture sociale.

Le recueil des données sur le devenir des enfants a été effectué directement auprès des services de l'ASE et indirectement auprès de la PMI. Des fiches d'informations ont été remplies par les médecins de PMI, de nombreux items n'étaient pas renseignés. Nous ignorons si ces médecins ne disposaient pas de l'information ou si celle-ci était négative. C'est notamment le cas des suivis en CMPP dont nous sous estimons peut-être le nombre, faute d'avoir pu contacter directement les équipes. Nous avons sollicité un accès aux informations auprès de la direction du secteur de pédopsychiatrie mais cette demande n'a pu aboutir (en raison d'un délai de réponse trop long).

Enfin, il existe un biais de recrutement car il était plus facile de retrouver les enfants ayant fait l'objet de mesures de signalement auprès du conseil général que ceux dont le parcours n'a été marqué par aucune difficulté. De plus, lorsque le suivi médical de l'enfant n'a pas été effectué par la PMI, il était impossible d'obtenir des informations sur la situation de l'enfant.

3.11. Propositions

Pour améliorer l'évaluation des compétences parentales

Le risque de projection par les équipes de soin de leurs propres peurs dans l'évaluation des compétences maternelles, comme cela est déjà arrivé (cf. tableau 5 « signalement effectué par l'UMPSP seule »), nécessite des moyens d'évaluation objectifs. Il existe un grand nombre de grilles d'évaluation comportementale pour les nourrissons et jeunes enfants (ROSENBLUM Ouriel, DANON Gisèle, 1999). Ainsi, une grille d'évaluation des interactions élaborée à partir de plusieurs méthodes pourrait être mise en place dès le séjour en suites de couche, comme cela a été fait et évalué au CHRU de Lille (LENSEELE, 2011 ; cf. annexe 14). Cela permettrait d'orienter au mieux et d'ajuster les moyens de soutien nécessaires au retour à domicile.

Dans ce cadre, une formation spécifique des équipes de soin (pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture) à l'échelle de Brazelton serait intéressante. Elle permettrait de dépister les troubles neuro-développementaux, renforcer les premiers liens entre le nouveau-né et ses parents et entériner le passage du couple à la parentalité (BRAZELTON T.B., NUGENT J.K., 2001). Un service d'HAD, avec une équipe spécifiquement formée, pourrait également être développé. Cela permettrait de maintenir une continuité de soins plus étroite lors du retour à domicile.

Pour améliorer la coopération des patientes et le lien institutionnel

Jean-Pierre Pourtois et Bruno Humbeeck proposent des pistes de travail pour « éduquer en milieu pauvre » (ZAUCHE-GAUDRON, Chantal, ouvrage collectif, 2011). Les auteurs reprennent notamment un schéma guidant l'intervention psychosociale utilisé au sein de Centre Public d'Action sociales (service d'éducation familiale) de Péruwelz en Belgique. Les auteurs présupposent que les sujets en rupture fuient les institutions parce qu'elles menacent l'identité qu'ils se sont construite. La méthode consiste à mettre en place les conditions d'une relation interpersonnelle permettant aux sujets en rupture sociale majeure de rester en lien avec les institutions. C'est en annihilant le caractère menaçant des institutions que ces personnes en rupture récréent un lien avec les hôpitaux, services sociaux,... Dès lors, les institutions sont considérées comme des instruments d'émancipation susceptibles de participer à leur développement psychosocial. C'est en

créant le désir de vivre au sein d'un groupe social chez les sujets en rupture que ceux-ci en intégreront et accepteront progressivement les normes et les règles (cf. annexe 15)

D'autre part, afin de continuer à travailler l'intérêt d'un suivi médical régulier et de ne pas perdre de vue les patientes, des « visites post natales » intermédiaires avec la sage-femme qui a suivi la grossesse pourraient être proposées, éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (en appui du travail déjà mené par la PMI). Ces consultations permettraient de soutenir les mères et de renforcer leurs positions narcissiques, pour maintenir un lien de confiance avec les institutions.

Pour favoriser l'accès à la contraception

Il serait intéressant d'évaluer auprès de notre population, dans quelle mesure le manque d'éducation autour de la sexualité et le manque de moyens financiers sont impliqués dans le mésusage des contraceptifs. Un renforcement des moyens éducatifs pourrait être envisagé, notamment en accroissant la participation des sages-femmes (en PMI, en centre de planification, etc.) et en allouant pour cela des budgets pérennes

. Pour en faciliter l'accès en post partum, l'UMPSP pourrait recevoir une dotation propre de contraceptifs locaux et hormonaux, au profit exclusif de ses patientes. Cela permettrait aux femmes de quitter la maternité avec un contraceptif que, peut-être faute de moyens, elles n'auraient pas été chercher en pharmacie de ville. Des consultations rapprochées au motif d'un suivi de contraception pourraient permettre de garder un lien avec ces patientes.

Pour améliorer le recueil de données

Une page spécifique dans le dossier obstétrical pour recueillir les informations concernant la situation sociale pourrait être ajoutée. De même, une page spécifique destinée exclusivement aux conduites à tenir de l'UMPSP pour l'accouchement et le postpartum immédiat les rendrait plus aisément visibles pour les équipes.

Une partie plus large pourrait être consacrée à la situation du père (ressources, logement, vécu de la grossesse). Une consultation conjointe à la maternité pourrait être proposée. Une séance de préparation à la naissance spécifique pour les pères pourrait être organisée avec un psychologue et /ou sage-femme.

Pour améliorer la pertinence des placements

Le placement est utilisé le plus souvent comme recours pour pallier à des fonctions parentales défaillantes. Prévenir le placement suppose donc avoir repéré les fragilités parentales en amont de leur survenue. Djakaridja Kone propose d'utiliser une structure d'accueil dans une perspective de soutien à la fonction parentale. Cet accueil de jour se propose comme alternative aux modes habituels d'intervention que sont le placement, l'AEMO et l'aide éducative à domicile (AED). (KONE, 2009)

Cependant, il est des cas où l'accueil de l'enfant en dehors du cercle familial est indispensable. Il convient alors de rechercher, parmi tous les modes d'accueil, celui qui sera le plus adapté à la situation singulière traversée par l'enfant. Les troubles psychiatriques maternels graves, par exemple, semblent inexorablement conduire à des accueils, temporaires ou définitifs, au gré des décompensations de la pathologie maternelle. Un hébergement initial chez un tiers digne de confiance (lorsque celui-ci existe) dans l'entourage familial pourrait-être plus souvent envisagé. De même, lorsque l'enfant est menacé dans sa construction psychique de sujet, privilégier un accueil individuel en famille, plutôt qu'en collectivité, semblerait moins déstructurant.

Pour prévenir les troubles du comportement chez l'enfant

Si le dépistage des troubles du comportement semble bien réalisé par les équipes des structures d'accueil, les suivis en pédopsychiatrie restent peu nombreux et tardifs.

Des recommandations de l'HAS existent en matière de dépistage des troubles du développement. Elles stipulent que tout « professionnel suspectant un trouble envahissant du développement mais qui ne peut assurer la procédure diagnostique décrite doit adresser l'enfant le plus tôt possible à une équipe spécialisée en préparant sa famille et en favorisant les conditions de l'accueil de l'enfant et de sa famille auprès de cette équipe. »(Haute Autorité de Santé, 2009)

Dans un contexte de parents dont l'adhésion et la coopération restent difficiles à obtenir, la consultation couplée entre médecin de PMI et pédopsychiatre de CMPP pourrait être une solution. L'organisation de suivi par un pédopsychiatre au domicile est une solution peu pratiquée, mais préconisée par certains auteurs (BARRACO M., LAMOUR M., 2003).

CONCLUSION

Dans le contexte actuel de crise économique que traverse la France, la précarité et les vulnérabilités s'accroissent (instabilité de l'emploi, du logement,...). Ce phénomène touche plus fortement les femmes en âge de procréer et pour certaines, dont le parcours de vie est déjà complexe voir douloureux, les difficultés s'accumulent.

Près d'une grossesse sur deux n'est pas désirée par ces femmes en situation de grande instabilité sociale et psychique. Or, les conséquences obstétricales de la précarité (et du mauvais suivi qui en résulte) sont bien connues aujourd'hui : augmentation des pathologies, augmentation des hospitalisations maternelles et néonatales, difficultés psychologiques. Ces instabilités génèrent de surcroît un stress important dans la vie des femmes, révélant ou aggravant des pathologies psychiatriques préexistantes. C'est alors à nous, professionnels de l'obstétrique, qu'échoit le difficile rôle de prendre en charge ces femmes de manière optimale, tout en veillant à la sécurité de l'environnement de l'enfant à naître.

La meilleure stratégie de prise en charge semble le décloisonnement des secteurs médicaux, sociaux et psychiatriques en faisant collaborer les différents secteurs d'activité (hospitalier, libéral, PMI, psychiatres...) notamment par l'intermédiaire des réseaux périnataux. Encore faut-il pour cela repérer quelles sont les patientes à risque, pour qui ce suivi serait profitable, et évaluer les bénéfices apportés.

Ce mémoire a permis d'analyser les caractéristiques médico-psychosociales et le parcours de femmes vulnérables et/ou en grande précarité, incluses dans une unité de prise en charge spécifique sur le territoire de santé angevin : l'UMPSP. Il a également permis d'observer le devenir de ces femmes et enfants et de s'interroger sur les modes de prise en charge des couples parents/enfants.

D'après notre étude, l'inclusion au sein de l'Unité semble légèrement améliorer le suivi et l'issue de grossesse des femmes. En revanche, la prise en charge sociale et surtout psychologique sont optimisées. En effet le taux de suivi thérapeutique des femmes atteintes de troubles psychiatriques double après le passage dans l'unité. De manière globale les femmes adhèrent au suivi et paraissent plus sensibilisées à la nécessité de le poursuivre lors du retour à domicile. Cependant la fragilité du lien avec les institutions demeure puisque très peu d'entre elles reviennent en visite post natale au CHU.

Des améliorations concernant la place des pères dans notre évaluation semblent possibles. De même, une adaptation des pratiques pour augmenter le taux d'adhésion des patientes au suivi serait souhaitable.

La prise en charge globale et l'orientation des nouveau-nés en sortie d'hospitalisation semblent adaptées. Des améliorations concernant la pertinence des mesures de placement, leur mode d'exercice et la prise en charge des troubles du comportement semblent possibles.

BIBLIOGRAPHIE

- Loi 2009-879 dite Loi HPST du 21 juillet 2009. (2009, juillet 22). *Journal Officiel*, 12184-12244. France.
- BARRACO M., LAMOUR M. (2003, janvier). Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles. *Spirale*, 25, pp. 117-132.
- Beck et al. (2008, février). Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005. *La Presse Médicale*, 37(2P1), pp. 207-215.
- BERGERET-AMSELEK, C. (2005). *Le mystère des mères*. Desclée De Brouwer.
- BOUREGBA, A. (2004). *Les troubles de la parentalité, approche clinique et socio-éducative*. Dunod.
- BRAZELTON T.B., NUGENT J.K. (2001). *Echelle de Brazelton. Evaluation du comportement néonatal*. Genève: Médecine et Hygiène.
- BRAZELTON T.B.; NUGENT J.K. (1995). *The Neonatal Behavioural Assessment Scale, 3rd edition*. London: MacKeith Press.
- BRAZELTON, T. (1990). Saving the bathwater. *Child development*(61), pp. 1661-1671.
- BRUNET L, CARPENTIER S, LAPORTE A, POURETTE D, GUILLON B. (2005). *Féminité, accès aux soins, maternité et risques vécus par les femmes en grande précarité*. Rapport du Samu Social.
- BULLINGER, A. (2004). *Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars, un parcours de recherche*. Ramonville St-Agne: Erès.
- CAMBONIE G., RIDEAU A., BIENFAIT M. et al. (2010, septembre). Stress périnatal et développement neuropsychologique. *Revue de médecine périnatale*, 2(3), pp. 122-130.
- CHAMBLISS, LINDA R. (2008, juin). Intimate Partner Violence and its Implication for Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*(51), pp. 387-397.
- CHAMES, MARK C.; PEARLMAN, MARK D. (2008, juin). Trauma During Pregnancy: Outcomes and Clinical Management. *Clinical Obstetrics and Gynecology*(51), pp. 398-408.
- CHEVRIER, J. (2001, juillet). Handicap mental léger et procréation: de l'interdit à l'accompagnement. *Maitrise en Sciences et Techniques Intervention et*

Développement Social et Diplôme Supérieur en Travail Social. Université de Nantes.

Compte rendu des Etats Généraux de l'Enfance. Atelier 1« Améliorer la transmission d'informations. (s.d.). Récupéré sur www.etatsgenerauxdelenfance.famille.gouv.fr

Directe des Pays de la Loire / service E.S.E. (s.d.). *Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.* Consulté le avril 10, 2012, sur Site du Ministère du Travail des Pays de la Loire: <http://www.paysdl.travail.gouv.fr/gallery/file/4563.pdf>

Dr Irène KAHN-BENSAUDE, Dr Jean-Marie FAROUDJA. (2010, octobre 8). *La Protection de l'enfance Signalement et information préoccupante.* Consulté le avril 3, 2012, sur Conseil National de l'Ordre des Médecins: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/protection%20de%20l'enfance.pdf>

FABLET D., SELLENET C. (2010). *L'évaluation dans le secteur social et médico-social , Entre contraintes institutionnelles et dérives.* L'harmattan .

FREUD, S. (1934 et 1970). Malaise dans la civilisation. *Revue française de psychanalyse, 7 et 34(4 et 1), p. 692 et 9.*

FREUD, S. (1989). *Trois essais sur la théorie sexuelle.* Gallimard.

G. BREART, F. PUECH, J.C. ROZE. (2004, novembre 10). *le plan périnatalité 2005-2007.* Consulté le 11 21, 2011, sur le site officiel du ministère de la Santé et des Solidarités: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

GABEL Marceline, MANCIAUX Michel, LAMOUR Martine. (2005). *La protection de l'enfance : Maintien, rupture et soins des liens.* Fleurus.

GARNEAU, C. (2003, janvier). Une famille carencée: Répétition et parentalité. *Dialogue(159), pp. 53-66.*

GAYRAL-TAMINH, M et al. (2005, février). Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 34(1), pp. 23-32.*

Haute Autorité de Santé. (2009, juillet). *Recommandations sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme infantile et des autres troubles envahissants du développement (TED).* Consulté le février 29, 2012, sur site officiel du ministère en charge de la Santé: <http://www.sante.gouv.fr/les-ressources-en-sante-mentale.html>

- HOBEL, CALVIN J.; GOLDSTEIN, AMY; BARRETT, EMILY S. (2008, june). Psychosocial Stress and Pregnancy Outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*(51), pp. 333-348.
- HOUZARD, S et al. (2000). Analysis of the underestimation of induced abortion in a survey of general population in France. *Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5, pp. 52-60.
- HOUZEL, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Erès.
- INSEE Pays de Loire. (2007, février). *Observation sociale des territoires de Maine et Loire*. Consulté le octobre 10, 2011, sur Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/pays-de-la-loire/themes/dossiers/dossier23/dossier23_ch03.pdf
- JODEAU-BELLE Laetitia. (2010). *Les fondamentaux de la psychanalyse lacanienne*. Presses Universitaires Rennes.
- KONE, D. (2009, février). Pour une clinique du lien en soutien à la fonction parentale. *Le Journal des psychologues*(265), pp. 25-29.
- LAMOUR M., BARRACO M. (1998). *Souffrances autour du berceau , Des émotions au soin*. Gaetan Morin.
- LEGLISE, F. (2010, septembre 15). *Code de déontologie de l'Association Nationale des Assistants de Service Social*. Consulté le février 29, 2012, sur ANAS: http://www.anas.fr/Le-code-de-deontologie_r14.html
- LENSEELE, U. (2011). *Repérer dès la maternité les difficultés d'instauration des premiers liens mère-enfant: étude d'une "grille d'évaluation de la qualité des premiers liens" à la maternité Jeanne de Flandres*. Lille: Université Lille 2 Droit et Santé. Mémoire en vue de l'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie.
- LOISY, C. (2000). Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts. *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.*, 23-50.
- LOVELL, Anne. (2002, avril 26). *Etude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale*. Consulté le décembre 27, 2011, sur le site officiel de l'INstitut de Veille Sanitaire: <http://www.invs.santefr>
- MANZANO J., PALACIO-ESPASA F.,ZILKHA N. (2009). *Scénarios narcissiques de la parentalité*. Puf.

- MATHIEU-CAPUTO, D. (2010, février). Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 38(2), pp. 83-91.
- MOLENAT, F. (2009). *Prévention précoce- Petit traité pour construire des liens humains*. Erès.
- MOLENAT, F. (2011). *Pour une éthique de la prévention*. Erès.
- MOLENAT, F. (2011). *Stress et grossesse, quelle prévention pour quel risque ?* Erès.
- MOULHOT, F. (2003, février). Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. *La psychiatrie de l'enfant*, 46, pp. 609-629.
- MULLICK Mrinal, MILLER Laura J., JACOBSEN Teresa. (2001, April). Insight Into Mental Illness and Child Maltreatment Risk Among Mothers With Major Psychiatric Disorders. *Psychiatric Services*, 52(4), pp. 488-492.
- POUSIN, G. (1999). *La fonction parentale*. PARIS: Dunod.
- ROSENBLUM Ouriel, DANON Gisèle. (1999). Échelles d'évaluation des interactions chez le jeune enfant. Dans *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (pp. 37-200-D-80). Paris: Esselvier-Masson.
- SCOAZEC, C. (2011, avril 7). Mémoire pour obtenir le diplôme d'état de sage-femme. *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau SOLIPAM*. Paris: DUMAS.
- SOKOL, ROBERT J., MEHTA, SHOBHA H. (2008, june). Foreword. *Clinical obstetrics and gynecology*(51), pp. 329-332.
- TURSZ, A. (2006). *Violence et santé. Rapport préparatoire au plan national*. Collection des rapports officiels. La documentation française.
- VILAIN, A. (2010, octobre 5). *Enquête Nationale Périnatale*. Récupéré sur le site officiel du Ministère en charge de la Santé: <http://www.sante.gouv.fr/1-enquete-nationale-perinatale.html>
- WECK, REBEKAH L.; PAULOSE, TESSIE; FLAWS, JODI A. (2008, june). Impact of Environmental Factors and Poverty on Pregnancy Outcomes. *Clinical Obstetrics and Gynecology*(51), pp. 349-359.
- WINNICOTT, D.W. (1971). *Jeu et réalité, l'espace potentiel (titre original: Playing and Reality)*. Gallimard.
- WRESINSKI, J. (1987, février 11). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale*. Consulté le février 29, 2012, sur Site officiel du Conseil National des politiques

Lutte contre la pauvreté et les Exclusions sociales:

http://grandepauvrete.lecese.fr/documents/reedition_wresinski.pdf

ZAOUCHE-GAUDRON, Chantal, ouvrage collectif. (2011). *Précarités et éducation familiale*. Erès.

ANNEXES

Annexe 1

Les principaux axes du Plan périnatalité : "Humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007"

L'intégralité de ce plan est consultable en ligne sur le site du ministère de la Santé et des Solidarités sous l'URL :http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf (consulté le 02/01/12)

Ses principaux axes sont les suivants :

- ✓ Modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, pour plus de sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveau-nés.
- ✓ Amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant.

La traduction dans les faits de ces recommandations s'est effectuée par :

- Un accompagnement plus efficace des parents par la création d'un « entretien individuel du 4ème mois », réalisé sous la responsabilité principalement des sages-femmes. Cet entretien, préconisé par le groupe de travail piloté par le Dr F. MOLENAT, s'ajoute aux sept examens prénataux obligatoires et à la préparation à la naissance au cours de séances collectives. Individuel ou en couple, il est systématiquement proposé aux futurs parents, au cours du 4ème mois, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant.
- Une optimisation des conditions d'intervention des psychologues en maternité, notamment par la mise en place de formations interdisciplinaires et par le recrutement de nouveaux psychologues.
- Une amélioration de la prise en charge des femmes et des couples en situation de précarité, notamment en permettant la prise en charge de la grossesse des femmes étrangères résidant en France depuis moins de trois mois.
- Une prise en compte du handicap par le renforcement du dispositif de prise en charge à long terme des nouveau-nés susceptibles de développer un handicap, et par la réassurance d'une réelle accessibilité à l'information, aux consultations et à la préparation à la naissance des mères handicapées.
- Un aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance, (sages-femmes, puéricultrices, médecins). Les activités de périnatalité sont prises en compte, à leur juste valeur dans la tarification à l'activité (T2A).

Annexe 2

Le plan santé mentale 2005 - 2008

L'intégralité de ce plan est consultable en ligne sur le site du Ministère de la Santé sous l'URL : «http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf» (consulté le 20/10/11)

Les principaux axes de ce plan étaient :

- Réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques,
- Réduire de 10% le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité,
- Réduire de 20% le nombre de suicides en population générale,
- Réduire de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus,
- Augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant des troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon les recommandations de bonne pratique clinique.

Au-delà de son approche globale en matière d'amélioration de la prise en charge des patients, le plan psychiatrie et santé mentale comprend quatre programmes spécifiques en faveur de pathologies ou de populations particulières. Les troisième et quatrième programmes intéressent tout particulièrement la prise en charge périnatale.

Le premier concerne la dépression et des troubles bipolaires. Plusieurs mesures du plan visent à développer des actions de prévention et à améliorer le repérage des troubles dépressifs.

La deuxième priorité est d'améliorer la situation des personnes détenues en renforçant et en diversifiant les prises en charge psychiatriques en ambulatoire dans les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité.

Le troisième programme spécifique porte sur la périnatalité, les enfants et les adolescents. L'objectif est de développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité et de répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents.

Enfin, le dernier programme concerne des populations vulnérables. Il prévoit notamment de favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

NB : Ce plan a fait l'objet d'une évaluation consultable en ligne sur le site du Ministère de la Santé sous l'URL :

«http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf»

Annexe 3

Missions générales de la protection maternelle et infantile

La protection maternelle et infantile (PMI) a été mise en œuvre par la parution de l'ordonnance du 2 novembre 1945, pour permettre la protection généralisée de toute une population : femmes enceintes, jeunes mères venant d'accoucher, jeunes enfants. Elle avait pour but d'instaurer des visites pré et postnatales, la surveillance des enfants et l'éducation des mères. La PMI a subi de nombreuses évolutions avec la loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Les actions de la PMI sont définies par l'article L2111-1 du Code de la Santé Publique. Cet article est consultable en ligne sur le site de Légifrance sous l'URL : [«http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120416&fastPos=14&fastReqId=708081785&oldAction=rechCodeArticle »](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006687349&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120416&fastPos=14&fastReqId=708081785&oldAction=rechCodeArticle)

Les actions exercées par la PMI sont :

- ✚ des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes,
- ✚ des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de 6 ans, notamment dans les écoles maternelles,
- ✚ des activités d'éducation et de planification familiales,
- ✚ des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans requérant une attention particulière,
- ✚ le recueil et le traitement d'informations en épidémiologie et en santé publique,
- ✚ l'agrément, le suivi et la formation des assistantes maternelles,
- ✚ la participation aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités,
- ✚ le contrôle des établissements d'accueil de la petite enfance.

Annexe 4

Missions générales des assistants sociaux hospitaliers

De nombreux textes définissent les missions des services sociaux hospitaliers et de secteur, dont le chef de file est le code de déontologie de l'ANAS du 28 novembre 1994.

Les missions particulières des assistants sociaux salariés de l'hôpital est fixée par le décret du 26 mars 1993. Elle est d'«aider les personnes, les familles ou les groupes qui connaissent des difficultés sociales à retrouver leur autonomie et faciliter leur insertion ; rechercher les causes qui compromettent leur équilibre psychologique, économique ou social ; participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet d'établissement ainsi que des projets sociaux et éducatifs ; participer à l'élaboration du rapport d'activité du service socio-éducatif ».

Cette mission a été renforcés par la loi de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 qui réinscrit l'obligation pour les établissements publics hospitaliers de développer des dispositifs pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis, veiller à la continuité des soins et s'assurer que tout patient dispose de conditions d'existences suffisantes pour poursuivre son traitement.

L'assistante sociale a une fonction d'accompagnement psycho-social de la personne (hospitalisée) et de la famille. Elle intervient dans le projet de vie de la personne en prenant en considération le sujet dans sa globalité, en lien avec le projet médical et afin d'éclairer les équipes soignantes. Elle peut intervenir à la demande de la patiente, de la famille, du service d'hospitalisation mais aussi des partenaires extérieurs (PMI, ASE, etc.). La maladie, le handicap, la perte d'autonomie, même provisoire, génèrent des problèmes sociaux et des inadaptations. De même, des situations fragiles, dégradées, désorganisées peuvent générer des problèmes de santé.

Dans ces perspectives, l'assistante sociale apporte à l'équipe soignante sa connaissance des institutions, de la législation sociale, des professionnels et des réseaux extérieurs à l'hôpital (MDS).

Annexe 5

Les missions de l'aide sociale à l'enfance

Ces missions sont définies par les articles L-543-1 à L-543-13 du code de l'action sociale et des familles et plus spécifiquement par l'article 543-9 qui dispose que : « Sont pris en charge par le service de l'Aide Sociale à l'Enfance, sur décision du Préfet :

- Les mineurs qui ne peuvent provisoirement être maintenus dans leur milieu de vie habituel.
- Les mineurs confiés au service par décision judiciaire.
- Les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique

Peuvent être également pris en charge à titre temporaire par les services chargés de l'aide sociale à l'enfance, les mineurs émancipés et les majeurs âgés de moins de vingt et un an qui éprouvent des difficultés d'insertion sociale faute de ressources ou d'un soutien familial suffisants. »

Ces articles sont consultables sur le site Légifrance sous l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI00000679824&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120416&oldAction=rechCodeArticle>

Proposition de définition de « l'information préoccupante » Etats Généraux de l'Enfance 2010 (Dr Irène KAHN-BENSAUDE, Dr Jean-Marie FAROUDJA, 2010):

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le Président du Conseil général sur l'existence d'un danger ou risque de danger pour un mineur :

- Soit que la santé, la sécurité ou la moralité de ce mineur soient **considérées être en danger ou en risque de danger,**
- Soit que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social soient **considérées être gravement compromises ou en risque de l'être.**

La finalité de cette transmission est d'évaluer la situation d'un mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier.

La cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante (CRIP ou Unité Enfance en Danger en Maine et Loire) est au centre du dispositif créé par la loi puisqu'elle est chargée de recueillir et d'évaluer les informations. Elle est en général pluridisciplinaire, composée d'un pôle social et d'un pôle administratif, mais on constate de grandes disparités selon les départements. Elle peut faire appel, si besoin, à des personnes ressources. La cellule a pour rôle d'évaluer TOUTES les informations dont elle est destinataire et soit de mettre en route une action médico-sociale, soit une mesure de protection de l'enfant, soit de signaler elle-même au Procureur de la République.

Cette cellule est le lieu unique de recueil permettant de faire converger toutes les informations préoccupantes concernant des enfants en danger ou en risque de l'être. Elle peut aussi conseiller les professionnels.

Il paraît nécessaire de préciser que :

Le signalement est un terme juridique réservé à la transmission au Procureur de la République de faits graves nécessitant des mesures appropriées dans le seul but de protéger l'enfant. Quelle que soit la mesure de protection envisagée, les critères de gravité et d'urgence doivent présider à l'orientation de ces signalements. (violences, sévices sexuels...)

Annexe 6 : Modes d'exercice de l'AEMO

A.E.M.O. ADMINISTRATIVE Ministère des affaires Sociales	A.E.M.O. JUDICIAIRE Ministère de la Justice
<p>compétence locale</p> <p>Conseil Général</p>	<p>compétence étatique</p> <p>Protection Judiciaire de la Jeunesse</p>
<p>Nature juridique :</p> <p>Depuis les lois de décentralisation (1983-1989), l'essentiel de la protection administrative de l'enfance a été transférée aux départements, qui assurent aux familles un droit d'être soutenues dans leur fonction éducative.</p> <p>Cette prestation du Conseil général est mise en place à travers l'Action Sociale à l'Enfance.</p> <p>La protection administrative intervient en amont de la protection judiciaire.</p> <p>Cette mesure de prévention administrative est exercée par le Responsable départemental de l'ASE, sous l'autorité du Président du Conseil général à la suite d'une commission d'évaluation.</p> <p>Elle peut cependant être confiée à un service associatif habilité à l'exercer.</p>	<p>Nature juridique :</p> <p>Il faut des motifs graves pour que la justice s'immisce dans l'exercice de l'autorité parentale.</p> <p>Le but est de protéger l'enfant, en interposant des professionnels de l'enfance dans le cadre familial.</p> <p>Cette mesure de protection judiciaire est donc décidée lorsque la preuve d'un danger pour le mineur est rapportée.</p> <p>Il appartient alors au Juge des enfants d'évaluer et ordonner la mesure. Pour élaborer sa décision, il se basera sur</p> <p>Une enquête sociale ou une étude de personnalité du jeune, à laquelle il peut faire procéder une fois saisi.</p> <p>Un signalement par toute personne ayant connaissance d'une situation dangereuse pour le mineur ou d'une requête par les personnes désignées par la loi comme ayant qualité pour agir (père ou mère, mineur, ministère public).</p> <p>Cette décision est toujours motivée, ainsi la mission de service AEMO est définie.</p>

Annexe 6(suite) : Modes d'exercice de l'AEMO

A.E.M.O. ADMINISTRATIVE	A.E.M.O. JUDICIAIRE
Objet :	Objet :
<p>Prévenir des dangers que les conditions de vie de la famille peuvent faire peser sur la santé, la sécurité et la moralité de l'enfant.</p> <p>Cette mesure administrative permet de proposer des prestations aux familles, notamment une aide aux parents.</p>	<p>L'A.E.M.O. judiciaire a pour objet de protéger les enfants dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger, ou dont les conditions d'éducation sont gravement compromises.</p> <p>Il s'agit d'aider et conseiller les familles dans leur rôle éducatif.</p>
Forme :	Forme :
<p>Après une évaluation sociale rigoureuse, conduite par le service départemental d'action sociale, il s'ensuit une :</p> <p>Décision du Président du Conseil Général, déléguée éventuellement au Responsable du service de l'ASE.</p>	<p>Une demande motivée est adressée aux autorités judiciaires sous la forme d'un rapport social.</p> <p>Ce rapport doit démontrer d'une part que les conditions de l'art. 375 du code civil sont réunies et d'autre part, que la mesure d'AEMO est pertinente pour protection de l'enfant.</p> <p>Le juge des enfants ordonne la mesure et la notifie à la famille, ainsi qu'à l'organisme qu'il désigne pour l'exercer.</p>
Recours :	Recours :
<p>Les décisions relatives à l'AEMO administrative peuvent être contestées par les jeunes concernés et leurs parents, qui peuvent alors exercer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un recours gracieux auprès de la personne ayant pris la décision, • un recours hiérarchique auprès du Président du Conseil général, • un recours auprès du Médiateur de la République (loi n°73-6 du 3 janvier 1973 / loi n°89-18 du 13 janvier 1989 / loi n°200-321 du 12 avril 2000) • un recours contentieux auprès du Tribunal administratif et du Conseil d'Etat (articles R228 à R230 et article R232 du code des Tribunaux adm. et des Cours adm. d'appel) • Par ailleurs, les usagers ont un droit d'accès à leur dossier détenu par les services d'AEMO et par l'Aide Sociale à l'Enfance (avec des réserves prévues par la loi, sur les informations non communicables pour atteintes à la vie privée) <p>S'ils n'obtiennent pas satisfaction, ils peuvent saisir la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 / loi n° 2000-321 du 12 avril 2000)</p>	<p>Les recours en matière d'AEMO judiciaire sont organisés par les : Art. 1191 à 1196 du Nouveau. Code Procédure Civile</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les décisions du juge des enfants peuvent être frappées d'appel (art. 1190 N.C.P.Civile), selon les règles édictées aux articles 931 à 934 du N.C.P.Civile relatifs aux procédures sans représentation obligatoire (art. 1191 N.C.P.Civile). Cet appel est instruit en chambre du conseil par la chambre de la Cour d'Appel chargée des affaires de mineurs. (art. 1193 N.C.P.Civile). • En cas de pourvoi en cassation, les parties sont dispensées du ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation (article 1196 N.C.P.Civile).

Annexe 7

Les troubles différés/structurels de la parentalité

- Le modèle pervers

Il est caractérisé par une inversion des polarités narcissiques prévalent chez chacun des parents. Cela consiste en l'incapacité de certains pères à créditer leur conjoint d'une image de mère « suffisamment bonne ». Ces pères présupposent inconsciemment que l'enfant est en danger avec sa mère par un mécanisme d'identification projective où le nourrisson est assimilé à celui qu'ils ont été. Le risque pour l'enfant est la confrontation à des positions maternelles et paternelles non complémentaires et désunies générant chez lui des troubles de l'identification à ses propres parents.

- Le modèle paranoïaque

Cette organisation oppose d'un côté le père, de l'autre, sa femme et ses enfants qu'il soumet à son désir. Ce fonctionnement fait barrage à l'édification familiale des barrières entre sexes et générations, créant un climat incestueux avec un fort risque de passage à l'acte. Au cours de la grossesse il convient de travailler avec la mère les représentations paternelles; tous les hommes se comportant ainsi ne sont pas des despotes mais peuvent réagir à un excès de mise à l'écart de la part de la mère.

Annexe 8

Les troubles de l'élaboration narcissique.

- Les troubles déterminés par un état psychotique ou limite

Il s'agit de comportements parentaux inadéquats générés par une pathologie du sujet antérieure à l'expérience de parentalité. C'est par exemple le cas des états de psychose que nous développerons plus loin. La quête de réparation narcissique du parent le conduit à parentifier son enfant en lui demandant de créer lui-même des interactions affectives et relationnelles ; cette attitude est incompatible avec la prise en charge des besoins d'un nourrisson. Le parent alterne entre tendresse intense et sentiment de persécution par son enfant. La variation des comportements parentaux est source chez l'enfant d'une anxiété majeure qui peut développer un comportement adaptatif de faux-self décrit par Winnicott. Chez le parent le sentiment de persécution peut entraîner un risque de maltraitance et de violences physiques. Les moyens de prévention, développés par J. Manzano et Francisco Espasa consistent en un accueil en centre spécialisé mère-enfant, afin d'amorcer une relation objectale gratifiante pour la mère et l'enfant. Il s'agit en somme de valoriser la qualité des interactions primaires au sein du couple pour qu'aucun ne se sente menacé par une incompréhension des comportements de l'autre (MANZANO J., PALACIO-ESPASA F., ZILKHA N., 2009).

- Le cas particulier de la psychose

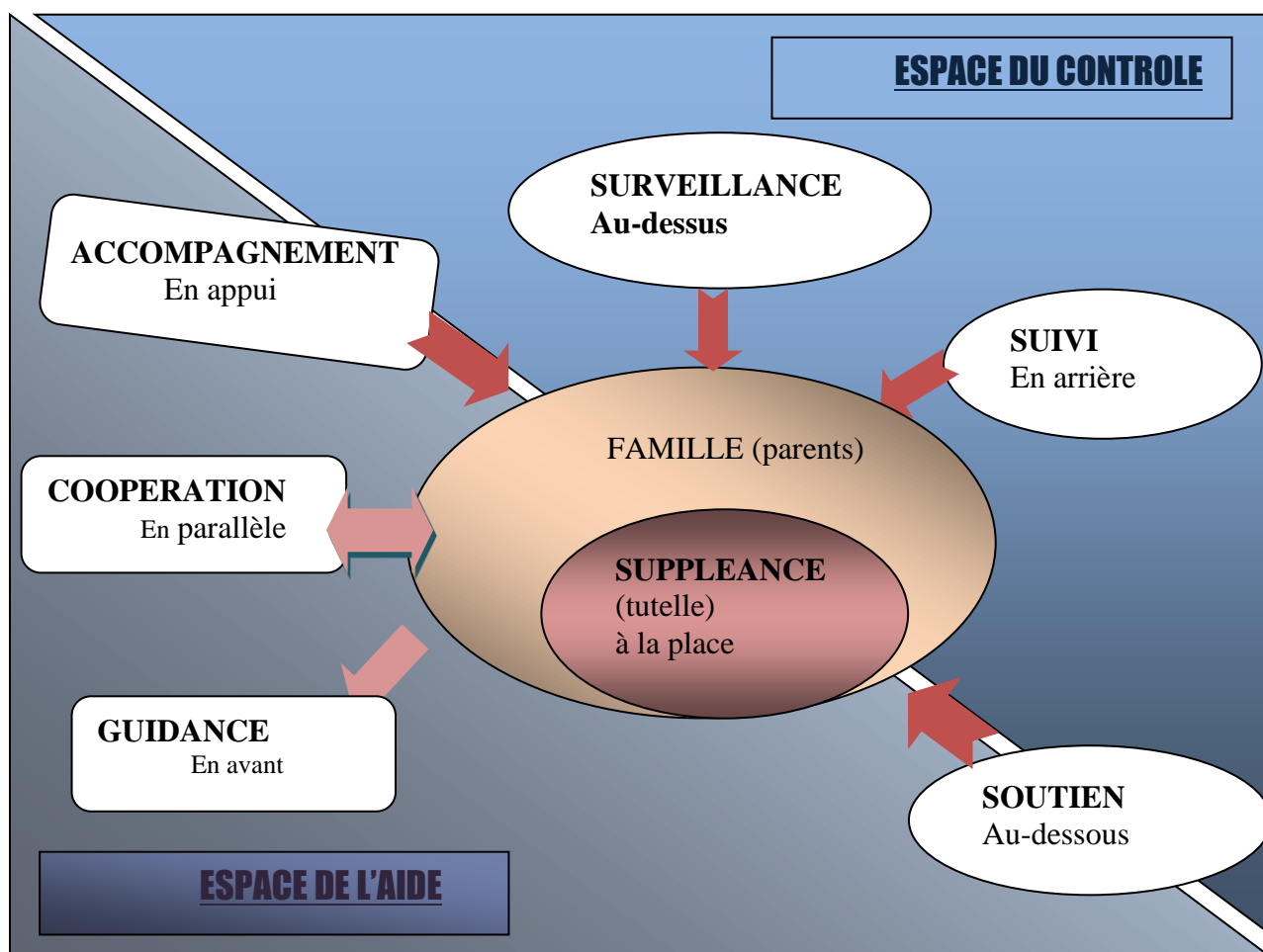
Les effets sur les enfants d'une psychose maternelle ont été décrits dès 1950 par Spitz et développés dans les travaux de Bowlby (1952) et plus tard de Winnicott (1961). Ces auteurs ont décrit l'absence de continuité des soins de maternage empêchant le sentiment continu d'exister de s'ériger chez l'enfant. Le socle identitaire nécessaire pour construire sa personnalité propre est rendu instable et propice à l'apparition de troubles comportementaux. La mère psychotique est figée sur la représentation imaginaire du bébé qui l'éloigne des besoins réels de celui-ci. Lorsque le nourrisson présente des manifestations incompatibles avec les représentations de la mère, celle-ci le met à l'écart pour protéger son fonctionnement psychotique. Ce n'est alors plus la mère qui s'adapte aux besoins de l'enfant mais l'enfant qui s'adapte à sa mère en développant un faux-self (comportements et agissements non naturels, induits pour plaire et exister aux yeux de sa propre mère). Le bébé mobilise alors toute son énergie pour se contrôler, ce qui entrave ses

processus propres de maturation psychique. Il s'épuise alors dans un état d'alerte permanent comparable au syndrome d'hyper vigilance. La mère psychotique ne peut pas devenir la mère progressivement frustrante nécessaire au développement psychique de l'enfant, elle le rejette dès que les progrès de celui-ci la contraignent à faire le deuil de son omnipotence. Les travaux successifs de J. Manzano, Martine Lamour et Marthe Barraco (GABEL Marceline, MANCIAUX Michel, LAMOUR Martine, 2005) ont démontré qu'il n'y a pas d'impératif immédiat à éloigner l'enfant de sa mère et que, la séparation, imposée par la maladie psychiatrique, peut succéder à l'élaboration d'une relation objectale gratifiante au sein d'une unité spécialisée. Un placement secondaire peut alors être travaillé auprès de la mère et permettre d'éviter les troubles de l'identité psychique chez l'enfant (LAMOUR M., BARRACO M., 1998).

Annexe 9

Les niveaux d'intervention possibles auprès des familles dans le champ de la périnatalité (CHEVRIER, 2001)

Selon l'auteur, admettre une intervention de la part de tiers suppose que des zones fragiles soient repérées, que certaines fonctions de la parentalité manquent à s'exercer de manière adéquate et ont besoin d'être relayées par des dispositifs spécifiques. Afin de bien identifier les différentes positions dans le jeu des interventions il reprend le schéma de R. Brizais ainsi que l'analyse qui est faite des différents termes proposés. Deux champs distincts l'un de l'autre sont mis en évidence ; celui du contrôle, pratiques par lesquelles l'Etat s'oblige à exercer un droit de regard sur la famille, et celui de l'aide par lequel l'Etat s'oblige à assister la famille dans la réalisation de sa mission.



LES INSTITUTIONS DE L'ENFANCE : positions possibles par rapport à la famille (parents). Par R. Brizais.

- Le suivi

Étymologiquement « suivre » vient du latin « séqui » signifiant venir après, et donc à distance temporelle et spatiale. Différentes définitions permettent d'appréhender le sens général du terme : «suivre c'est marcher derrière pour surveiller ». Le suivi, c'est « un contrôle permanent sur une période prolongée (suivi médical) ou un ensemble d'opérations consistant à suivre et à surveiller un processus ». Suivre, c'est aussi plus positivement «être attentif à » (suivre l'actualité), «comprendre» (suivre un discours).On perçoit bien que la notion de « suivi» comporte dans la majorité des cas un aspect de contrôle, qui n'échappera pas à celui qui en bénéficie.

- Le soutien

Action qui participe à fortifier, à maintenir, à supporter la fonction parentale rendue fragile par les évènements de la vie. Le « soutien de famille » avait pour rôle d'assurer la subsistance de la famille à la place du père mort à la guerre. Le soutien peut recouvrir différentes formes : financière, éducative, scolaire, sanitaire, domestique, morale, au fond là où il est nécessaire de développer une action de soutien capable de palier à une altération de l'efficience parentale.

- La coopération

Signifie textuellement l'association de plusieurs personnes, la reconnaissance mutuelle de leurs compétences et ressources spécifiques, un rapport d'égalité, le partage de la décision, le consensus des partenaires. C'est donc une entente réciproque. Cette notion, aussi généreuse qu'elle soit, ne doit pas se retourner contre les intéressés, c'est-à-dire que les parents soient à nouveau disqualifiés pour refus, faiblesse ou absence de partenariat actif avec les intervenants. Des « mauvais parents », l'on passerait insidieusement aux « mauvais partenaires ». Nous avons à évaluer la parentalité de certaines familles en difficulté, non leurs capacités à être des « partenaires » au sens où nous les rêvons. N'est pas partenaire qui veut et l'articulation entre parents et services peut prendre de multiples formes, à nous de savoir les décliner sans introduire d'échelles de valeurs. Chacun, de la place qu'il occupe, doit conserver ses spécificités, mais se situer dans un rapport de complémentarité, d'écoute des perceptions de l'autre.

- La suppléance

La suppléance se définit, comme « mettre à la place de ce qui est insuffisant ; combler pour, en remplaçant, en ajoutant » là où il y a une absence au moins partielle de la fonction parentale. Il convient de bien marquer la différence entre la suppléance qui vise à ajouter ce qui manque et la substitution qui est l'action de prendre ou de se mettre à la place de. Mais plus la suppléance est étendue, moins sont définies les zones saines de la parentalité, plus le risque de substitution est grand.

PATIENTE A	motif d'inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré-gestationnel	existence d'un suivi social pré-gestationnel	Terme inclusion	complications obstétricales	type	IP	par	TN	PN	orientation en post partum immédiat	orientation au retour à domicile	motif
grossesse 1	antécédents de mesures judiciaires pour la fratrie et troubles psychiatriques	inconnu	non	oui	22 SA	non		oui	CIRCO	39 SA	3695g	unité kangourou	domicile parental avec aide de TISF et de la PMI puis placement judiciaire	incapacité de prise en charge de l'enfant qui développe des troubles du comportement sévères
grossesse 2	grossesse issue d'un viol	non	oui	oui	8 SA	oui	aggravation des troubles psy.	oui	CIRCO	39 SA	3145 g	Accouchement à domicile et hospit. en néonate.	placement judiciaire en famille d'accueil	mère qui demande à ce que son enfant soit adopté
grossesse 3	antécédents de mesures judiciaires pour la fratrie et troubles psychiatriques	non	oui	oui	8 SA	oui	syphilis au premier trimestre et placenta praevia	oui	CIRCO	36 SA	2415 g	Néonate.	placement judiciaire en foyer d'accueil	mère souhaite maintenir le lien avec son enfant mais incapable de le prendre en charge

Annexe 10 : évolution de la prise en charge au fur et à mesure des grossesses

PATIENTE B	motif d'inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré-gestationnel	existence d'un suivi social pré-gestationnel	terme inclusion	complications obstétricales	type	IP	par	TN	PN	orientation en post partum immédiat	orientation au retour à domicile	motif
grossesse 1	précarité et violences conjugales	oui	non	non	21	oui	pyélonéphrite et chorio-anniotite	non		22 SA		MFIU		
grossesse 2	précarité et violences conjugales	oui	non	oui	16	oui	anémie	oui	UMPSP	40 SA	2940 g	Néonat.	placement de l'enfant	logement inadapté et violences conjugales

PATIENTE C	motif d'inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré-gestationnel	existence d'un suivi social pré-gestationnel	terme inclusion	complications obstétricales	type	IP	TN	PN	orientation en post partum immédiat	orientation au retour à domicile	motif
grossesse 1	antécédent de mesures judiciaires pour la fratrie	non	non	oui	14 SA	oui	RCIU	non	36 SA	1680 g	Néonat.	centre maternel puis assistance éducative en famille d'accueil	difficultés maternelles à prendre en charge de l'enfant de manière autonome
grossesse 2	antécédent de mesures judiciaires pour la fratrie	oui	non	oui	11 SA	oui	RCIU	non	38 SA	3150 g	unité kangourou	centre maternel	idem

Annexe 10 (suite): évolution de la prise en charge au fur et à mesure des grossesses

PATIENTE D	motif inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré-gestationnel	existence d'un suivi social pré-gestationnel	Terme inclusion	complications obstétricales	type	IP	TN	PN	orientation en post partum immédiat	orientation au retour à domicile	motif
grossesse 1	troubles psychiatriques	non	non	non	12 SA	oui	Vaginoses et décompensation psy.	non	38 SA	2840 g	unité kangourou	suivi à domicile par la PMI, les services sociaux et un pédopsychiatre	soin des troubles psychiatriques et surveillance des interactions mère/enfant
grossesse 2	troubles psychiatriques	non	non	oui	19 SA	oui	vaginoses	non	38 SA	2830 g	hospitalisation classique	suivi à domicile par la PMI, les services sociaux et un pédopsychiatre	idem

PATIENTE E	motif d'inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré-gestationnel	existence d'un suivi social pré-gestationnel	terme d'inclusion	complications obstétricales	type	rédaction d'une LIP	par	terme de naissance	poids de naissance	orientation en post partum immédiat
grossesse 1	déficit intellectuel	oui	oui	oui	28	oui	anémie et chorio-amnionite	oui	UMPSP	40 SA	2485 g	décès néonatal
grossesse 2	déficit intellectuel	oui	oui	oui	24	non		non		31 SA	IMG	Syndrome de Di-George

Annexe 10 (suite): évolution de la prise en charge au fur et à mesure des grossesses

PATIENTE F	motif d'inclusion	grossesse souhaitée	existence d'un suivi gynéco. pré- gestationnel	existence d'un suivi social pré- gestationnel	terme d'inclusion	complications obstétricales	IP	par	TN	PN	orientation en post partum immédiat	orientation au retour à domicile	motif
grossesse 1	patiente mineure	non	non	non	24	non	non		39 SA	2740 g	hospitalisation classique	placement de l'enfant	défaut de place en foyer maternel
grossesse 2	patiente mineure	oui	oui	oui	14	non	oui	PMI	39 SA	3130 g	hospitalisation classique	placement de l'enfant	errance maternelle

Annexe 10 (suite et fin) : évolution de la prise en charge au fur et à mesure des grossesses

terme de naissance	n	%	poids moyen (en grammes)	poids minimal (en grammes)	poids maximal (en grammes)	poids médian (en grammes)	écart type (en grammes)	déviati on standard (en grammes)
≤ 32 SA	1	0,7	1090	1090	1090	1090	0	0
33 à 34 SA	8	5,6	2045	1430	3160	1985	531	497
35 à 36 SA	17	11,8	2296	1575	3060	2285	381	370
37 à 38 SA	41	28,5	2937	2110	3960	2855	461	458
39 à 40 SA	62	43	3136	2200	3910	3147	410	406
41 à 42 SA	15	10,4	3296	2705	4380	3210	416	402

Annexe 11 : Répartition du poids de naissance par âge gestationnel

terme de naissance	n	%	taille moyenne (en cm)	taille minimale (en cm)	taille maximale (en cm)	taille médiane (en cm)	écart type (en cm)	déviati on standard (en cm)
≤ 32 SA	1	0,7	NR	NR	NR	NR	NR	NR
33 à 34 SA	8	5,6	44	41	49	43,5	2,6	2,4
35 à 36 SA	17	11,8	45,7	42	49	45	1,7	17,9
37 à 38 SA	41	28,5	48,8	45	53	49	1,9	1,9
39 à 40 SA	62	43	48,5	41	53	49	2,4	3,2
41 à 42 SA	15	10,4	50,2	48	54	50	1,5	1,4

Annexe12: Répartition de la taille par âge gestationnel

terme de naissance	n	%	PC moyen (en cm)	PC minimal (en cm)	PC maximal (en cm)	PC médian (en cm)	écart type (en cm)	déviati on standard (en cm)
≤ 32 SA	1	0,7	NR	NR	NR	NR	NR	NR
33 à 34 SA	8	5,6	30,5	28	33	30,2	1,8	1,7
35 à 36 SA	17	11,8	32,2	30	35	32	1,5	1,4
37 à 38 SA	41	28,5	33,5	31	36,5	33,5	1,4	1,4
39 à 40 SA	62	43	33,9	31	41	34	1,6	1,6
41 à 42 SA	15	10,4	34,7	32	37	34,2	1,4	1,4

Annexe 13 : Répartition de la mesure du périmètre céphalique de naissance par âge gestationnel

Annexe 14

Grille d'évaluation des interactions précoces utilisée à la maternité Jeanne de Flandres de LILLE

Extrait du mémoire en vue d'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie soutenu par Ursula LENSLEE en juin 2011 sous la direction de Véronique LEMAITRE, Université Lille 2

La bonne adaptation extra-utérine du nouveau-né est en général fiable au 3ème jour comme la qualité du nourrissage. Pour cette raison, le 3ème jour a été retenu pour la passation de la grille en maternité.

	NOTE
ITEM 1 : Lecture des besoins du bébé par sa mère	
ITEM 2 : Bébé facile à comprendre par le soignant	
ITEM 3 : Qualité de la contenance et du holding proposés par la maman	
ITEM 4 : Bébé facile à calmer (Par les soignants et les parents)	
ITEM 5 : Interpénétration des regards (mère-enfant)	
ITEM 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée entre la mère et l'enfant	
ITEM 7 : Qualité du contexte familial observé	
ITEM 8 : Stabilité émotionnelle de la mère	

Annexe 14 (suite)
Document complétant la grille d'évaluation des interactions
précoces

Extrait du mémoire en vue d'obtention du Certificat de Capacité d'Orthophonie soutenu
par Ursula LENSLEE en juin 2011 sous la direction de Véronique LEMAITRE, Université
Lille 2

ITEM 1 : Lecture des besoins du bébé par sa mère

Cotation de 0 =inadaptée à 7 = très adaptée

Commentaire:

Comment la mère décode les comportements du bébé, quelles sont ses capacités d'ajustement à ces derniers ? Cette question explore la notion de l'identification de la mère au bébé.

ITEM 2 : Bébé facile à comprendre (par le soignant)

Cotation :

De 0= jamais à 7= toujours

Commentaire:

L'examineur est-il en mesure de comprendre facilement et le plus souvent le comportement du bébé ?

ITEM 3 : Qualité de la contenance et du holding proposés par la maman

Cotation

De 0=Très insuffisante à 7= très bonne

Commentaire :

Comment l'examineur évalue-t-il la qualité du portage et l'ajustement physique et comportemental de la mère à son enfant ?

Cet item évalue la réponse que la mère apporte au besoin du bébé de retrouver un contenant.

Celui-ci peut lui être offert de manière tactile par le biais du portage et/ou des mouvements rythmiques, les modulations de la voix ...

ITEM 4 : Bébé facile à calmer (soignant et parents)

Cotation :

De 0=jamais à 7=toujours

Commentaire joint :

Quels efforts doivent être consentis pour calmer l'enfant ? Est-il capable de se calmer seul en suçotant ses mains ? De s'apaiser en voyant le visage de sa mère? Faut-il chantonner, le bercer ?

ITEM 5 : Interpénétration des regards (mère-enfant)

Cotation

De : 0=jamais à 7= fortement

Commentaire:

Les regards de la mère et de l'enfant se croisent-ils lorsque l'enfant est éveillé?

A noter

Si le bébé n'est pas réveillé, soit repasser à un autre moment, soit se renseigner auprès des collègues susceptibles d'avoir assisté à des échanges mère-bébé éveillé.

ITEM 6 : Plaisir partagé au moment de la tétée entre la mère et l'enfant

Cotation :

De 0=insuffisant à 7= très important

Commentaire:

Quelle ambiance se dégage de la tétée (sein ou biberon) ? Comment l'opérateur se sent-il s'il en est témoin ? Trouve-t-il le bébé bien installé ? La mère confortable et absorbée par ce qu'elle fait ?

A noter

Comme pour l'item précédent, si le bébé n'est pas en train de manger lors du passage de l'observateur, soit repasser à un autre moment, soit se renseigner auprès des collègues susceptibles d'avoir assisté à des échanges mère-bébé éveillé.

ITEM 7 : Qualité du contexte familial observé

Cotation

De 0=mauvais à 7=très soutenant

Commentaire:

Quelles sont les ressources de la mère dans son environnement ? Sera-t-elle souvent seule face à son enfant ? Cette question explore la qualité de l'étayage des pères, des grand-mères.

Elle se traduit notamment par : le père est-il présent dans la chambre, ou quelqu'un d'autre de la famille (grands-parents de l'enfant)?

A noter

Si aucun membre de la famille n'est présent lors du passage, poser quelques questions à la maman sur ses visites, sur la présence de sa famille à ses côtés...peut aider à renseigner la grille. Il peut être nécessaire d'échanger avec des collègues pour savoir s'ils ont croisé la famille.

ITEM 8 : Stabilité émotionnelle de la mère

Cotation

De 0=très faible à 7=très importante

Commentaire

La mère pleure-t-elle facilement ? Est-elle facilement irritable ? Soumise à d'importantes sautes d'humeur ?

Certaines mères semblent solides en maternité, rassurées par le cadre hospitalier, mais montrent des signes d'une labilité émotionnelle qui peut faire craindre des difficultés à l'heure du retour à la maison.

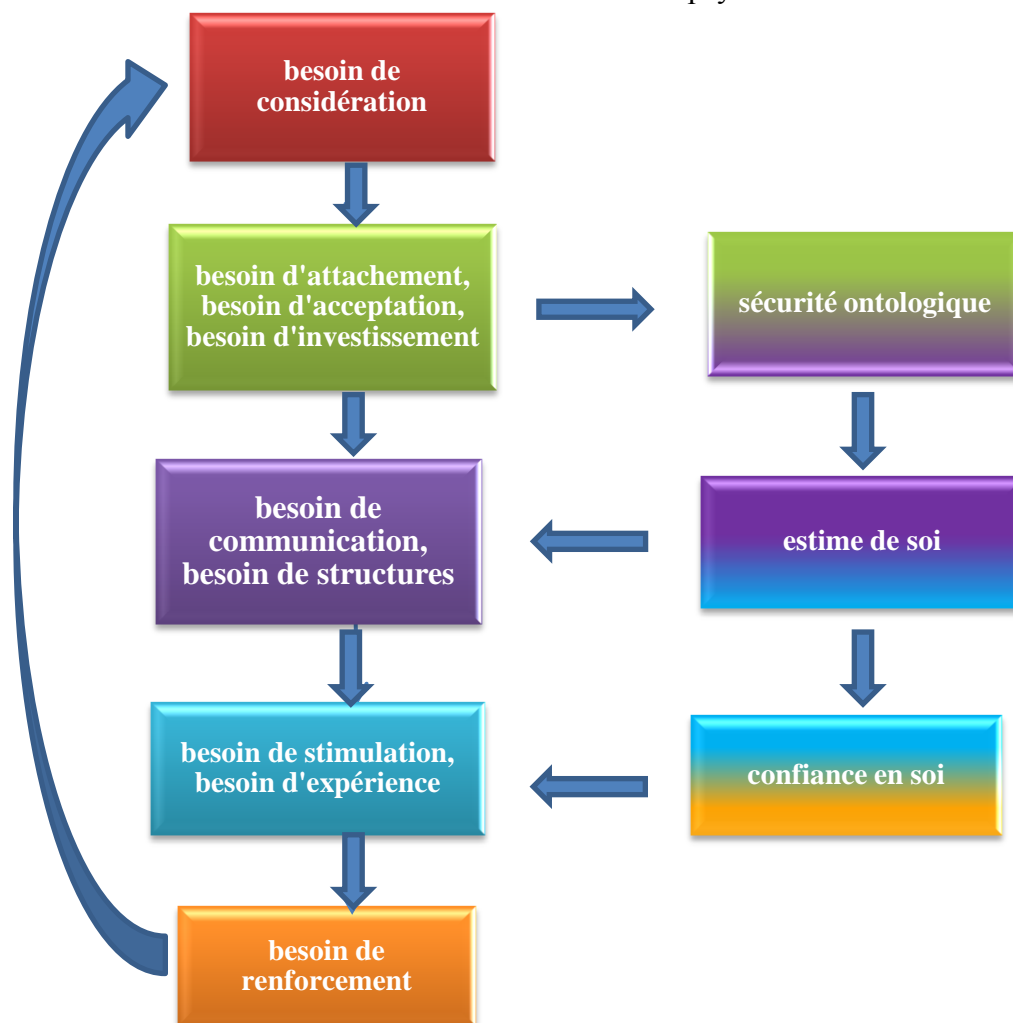
A noter

Cet item peut demander d'échanger avec ses collègues pour connaître leur vécu.

Annexe 15

Eduquer en milieu pauvre. Transcender les effets de la pauvreté., par Jean-Pierre Pourtois et Bruno Humbeeck, extrait de l'ouvrage collectif « Précarités et éducation familiale » Eres 2011 p 15-37

Schéma d'articulation des besoins psychosociaux :



L'articulation des besoins comme décrit ci-dessus stimule, dans un premier temps, une forme d'accompagnement qui répond au besoin de considération des sujets en rupture psychosociale. Cette stimulation se fait à partir d'un corpus de praxis d'identification positive et d'identification effective. L'objectif est de faire disparaître le sentiment d'insignifiance et d'inexistence dans lequel les personnes tendent souvent à s'enfermer.

« Fondée sur la reconnaissance positive, l'interaction évolue et stimule les besoins d'attachement souvent érodés par un parcours de carences relationnelles, et les besoins d'acceptation dont l'expression est difficile, donne au sujet en décrochage social complet le sentiment de ne pas disposer d'un « territoire à soi » suffisamment consistant.

L'agressivité qui découle de l'insatisfaction de ces besoins affectifs mal assurés constitue souvent un obstacle difficile à surmonter, mettant en péril la relation établie entre l'intervenant social et la personne qui, par son intermédiaire, cherche à rester en lien avec l'institution. C'est pour cette raison que l'interaction doit au préalable avoir pris en compte de manière suffisamment établie le besoin de considération du sujet en difficulté.

A partir de l'instant où le sujet perçoit que son besoin de considération et ensuite ses besoins d'attachement et d'acceptation peuvent s'exprimer favorablement dans le contexte institutionnel qui lui est proposé. Il lui devient alors possible d'envisager une projection, au moins partielle, dans l'avenir [...].

C'est alors que la relation prend suffisamment de consistance pour rendre possible une communication authentique entre l'intervenant et le sujet. C'est à partir de cette relation que la transmission de codes, de règles interactives et de limites (besoin de structure) devient envisageable, sans que le sujet ne se sente disqualifié par la démarche entreprise par l'intervenant.

En d'autres termes, il faut éviter de se focaliser en premier sur le besoin de structure, surtout lorsque le sujet, insécurisé sur le plan ontologique, reste enfermé dans des courbes de mésestime de soi. Cela entraîne souvent une rupture précoce de la relation institutionnelle parce que l'individu en situation précaire éprouve le sentiment d'être plongé d'emblée dans un contexte de confrontation et de rejet. Par contre, lorsque le sujet parvient à concevoir la distance qui existe entre les règles de son fonctionnement social et celles qui régissent les relations dans les autres milieux, et lorsqu'il ne se sent plus menacé dans sa sécurité d'être, il devient capable d'agir dans différents environnements. »

Les auteurs parlent ici d'une véritable quête de lien pour le sujet, à travers le respect et la satisfaction des besoins affectifs. Ce cheminement crée un sentiment de sécurité, base d'une estime de soi stable et résistante. La quête de sens vient alors renforcer la « sûreté d'être » à la base du lien social acquis. Une fois le contexte relationnel sécurisé, il devient possible au sujet de prendre place au sein de groupes, d'être admis et reconnu en tant qu'individu communicant et d'exercer en fin de compte une éventuelle influence sur les autres. Le stade de la quête de pouvoir est alors atteint. En d'autres termes, la quête de lien, de sens et de pouvoir se manifeste dans le contexte de grande précarité lorsque les sujets, reliés aux institutions, sont en mesure de s'engager dans des trajectoires de résilience à travers lesquelles ils se découvrent une identité qui est à la fois socialement signifiante et consistante à leurs propres yeux.

Résumé

Objectifs : Observer et analyser la prise en charge médico-psychosociale de femmes enceintes précaires et/ou vulnérables par l'UMPSP afin d'en évaluer l'impact sur la grossesse et sur le devenir des enfants.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive de la prise en charge de 151 femmes par l'UMPSP, sur 4 ans. Ensuite, nous avons analysé rétrospectivement le devenir de 144 enfants au sein du réseau médico-psychosocial du Maine et Loire.

Résultats : Cette étude a permis de mettre en exergue des caractéristiques propres d'une population précaire et vulnérable de Maine et Loire : jeune âge, incidence élevée de troubles psychiatriques, taux élevé d'addictions, exposition importante au stress, recours limité à la contraception. La première prise en charge en UMPSP semble peu influencer sur le déroulement de la grossesse d'un point de vue strictement obstétrical, malgré une amélioration du suivi. En revanche, le passage par cette unité permet de mettre en place des accompagnements psychologiques, psychiatriques et sociaux au profit d'une population en marge des structures de soins habituelles. Les orientations en sortie de maternité semblent pertinentes : 93,55% des enfants placés le sont restés durant la première année de vie. Pour trois enfants, des mesures de placement, nécessaires dans la première année de vie, n'avaient pas été anticipées par l'Unité. En grandissant, de nombreux enfants développent des troubles du comportement, leur prise en charge semble tardive, difficile à mettre en place auprès des familles comme des institutions. Il existe une difficulté pour les enfants retirés du milieu familial à maintenir des liens avec leurs parents.

Conclusion : Cette étude a permis d'évaluer les caractéristiques de femmes précaires ou vulnérables cours de la grossesse et de l'accouchement. L'observation du devenir des enfants a permis de dégager des pistes de travail, pour optimiser la prise en charge des couples parents/enfants, dans tout le champ de la périnatalité.

Mots-clefs : Précarité, Vulnérabilité, UMPSP, Protection de l'Enfance, Pluridisciplinarité, Interdisciplinarité, Grossesse

Abstract

Objectives: Observe and analyze the medico psychosocial coverage care of precarious and/or vulnerable pregnant women by UMPSP, to estimate the impact on pregnancy and children's future.

Method: We realized a descriptive retrospective study of coverage care for 151 women by UMPSP over 4 years. Then, we analyzed afterward the future of 144 children within the medical and psychosocial network of Maine-et-Loire.

Results: This study showed characteristics of a precarious and vulnerable population of Maine-et-Loire: young age, high incidence of psychiatric disorders, high rate of addictions, important exposure for stress, recourse limited to contraception. The first one taken care in UMPSP little seems to influence the progress of pregnancy on a strictly obstetric point of view, in spite of an improvement of follow-up. On the other side, the passage by this unit allows to set up psychological, psychiatric and social follow-ups for the benefit of a population outside the usual care structures. The orientations in release of maternity hospital seem relevant: 93,55 % of placed children stayed during their first year of life. For three children, measures of placement, necessary in first year, had not been anticipated by the Unit. By growing, many children develop behavior disorders; their care seems late, difficult to set up with families as institutions. There is a difficulty for children removed from the family circle to maintain links with their parents.

Conclusion: This study estimated characteristics of precarious or vulnerable women during pregnancy and delivery. The observation of children's future generated working tracks, to optimize coverage care of the couples parents / children, in all the perinatal period.

Keywords: Precariousness, Vulnerability, UMPSP, Child welfare, Multidisciplinarity, Interdisciplinarity, Pregnancy