



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Nathalie RIBAGNAC

Le 22 septembre 2014

LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES À RISQUE PSYCHOSOCIAL DANS LA VIENNE : BILAN À 1 AN D'UN PROTOCOLE DE PRÉVENTION INNOVANT

Examineurs de la thèse :

Professeur Rachel VIEUX

Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Olivier MOREL

Docteur Claude JACOBY-HEYMES

Docteur Agnès CHAUVET-BARON

Présidente

Juge

Juge

Juge

Directrice de thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre
MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :
- 1^{er} Cycle et délégué FMN Paces :
Docteur Mathias POUSSEL
- 2^{ème} Cycle :
Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3^{ème} Cycle :
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »
Professeur Marc DEBOUVERIE
« DES Spécialité Médecine Générale »
Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
« Gestion DU – DIU »
Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :
Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :
Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :
Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :
Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :
Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :
Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:
Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :
Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY -
Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-
Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert
FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques
LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE -
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel
MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS -
Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET -
Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT -
Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques
ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER -
Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX -
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel
VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

1.1. PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY -
Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre
CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre
MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel
PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur
Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
- Professeur René ANXIONNAT

**44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard
NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian
BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria
RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne
SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (*Réanimation ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,

HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
– Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari
CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur
Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur
François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel
VIEUX

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

**4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie
médicale*)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine
ANGIOI

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

1.2. PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

**61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU
SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

1.3. MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de*

communication
Docteur Nicolas JAY

**47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-
BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET
CHIRURGIE PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

**1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine
générale ; addictologie*)**

Docteure Laure JOLY

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE
GÉNÉRALE**

Docteure Elisabeth STEYER

=====

1.4. MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

1.5. MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

1.6. DOCTEURS HONORIS CAUSA

- Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
- Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
- Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
- Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
- Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
- Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
- Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
- Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
- Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
- Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
- Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
- Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
- Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
- Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
- Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À Madame le Professeur Rachel Vieux,

Professeur de pédiatrie

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse.

J'espère que mon travail sera à la hauteur de tes espérances.

Sois assurée de mon admiration, ma gratitude et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Serge Briançon,

Professeur en épidémiologie, économie de la santé et prévention

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Olivier Morel,

Professeur de gynécologie-obstétrique

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ma thèse.

J'espère que ce travail sera digne d'intérêt pour vous.

Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

À Madame le Docteur Claude JACOBY-HEYMES,

Médecin gynécologue-obstétricien

Tu me rends un grand service en acceptant de faire partie du jury de ma thèse.

Je te remercie sincèrement pour ta disponibilité.

Sois assurée de ma grande reconnaissance et de toute mon estime.

À Madame le Docteur Agnès Chauvet-Baron,

Médecin gynécologue-obstétricien

Merci de m'avoir confié le sujet de cette thèse et d'en avoir accepté la direction.

Tes conseils avisés m'ont été précieux pour la réalisation de ce travail.

Je regrette que tu n'aies pas pu participer au jury de cette thèse.

Aux personnes qui ont permis la réalisation de ce travail,

Au service de PMI de la Vienne. Merci de votre accueil bienveillant et de votre soutien dans mes débuts. J'espère que mon travail vous sera utile.

Aux médecins, puéricultrices et sages-femmes qui ont participé à mes recherches. Merci de votre aide et de votre disponibilité.

Aux professionnelles de la CRIP. Soyez assurées de ma gratitude.

À Aurélie Bannay. Merci de ton aide dans la réalisation de l'analyse statistique.

À Véronique Henry. Votre rigueur et votre disponibilité m'ont été d'une aide précieuse. Veuillez accepter mes remerciements les plus sincères.

Aux personnes qui m'ont accompagnée dans mes études,

À mes collègues et amis internes, externes, à celles et ceux de ma promotion.

Au service de PMI de Meurthe-et-Moselle, au personnel de la maternité régionale de Nancy, aux médecins hospitaliers des hôpitaux de Remiremont et de Saint Dié, et aux équipes infirmières qui m'ont accueillie durant mon internat.

À mes maîtres de stage libéraux et plus particulièrement à monsieur le Docteur Clémence et monsieur le Docteur Curien. Merci de votre formation médicale et humaine.

À mes parents,
Vous m'avez toujours poussée à donner le meilleur de moi-même.
Merci pour tout.

À mon frère,
Je te souhaite le meilleur pour les années à venir.

À mes grands-parents,
Mamé à qui je dois tant et ceux qui ne sont plus là. Je ne vous oublie pas.

À Jean-Pierre,
Merci pour tous ces moments inoubliables passés ensemble.
En espérant que notre amitié dure toujours.

À Jean-Paul, Christine,
Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour tout ce que vous m'avez apporté.

À Philippe,
Longue route à nous deux.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Liste des abréviations

AED : Aide éducative à domicile
AEMO : Action éducative en milieu ouvert
AESF : Accompagnement en économie sociale et familiale
ARS : Agence régionale de santé
ASE : Aide sociale à l'enfance
CASF : Code de l'action sociale et des familles
CEP : Commission d'évaluation pluridisciplinaire
CPP : Centre périnatal de proximité
CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes
CSP : Code de la santé publique
EPP : Entretien prénatal précoce
IP : Information préoccupante
IPP : Information potentiellement préoccupante
HAS : Haute autorité de santé
MDS : Maison départementale de la solidarité
MJIE : Mesure judiciaire d'investigation éducative
MJAGBF : Mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial
ODAS : Observatoire national de l'action sociale décentralisée
ONED : Observatoire national de l'enfance en danger
OPP : Ordonnance de placement provisoire
ORS : Observatoire régional de la santé
PMI : Protection maternelle et infantile
PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité
RPPC : Réseau périnatal Poitou-Charentes
TISF : Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale

Table des matières

Table des matières	18
Introduction générale	21
A. Cadre théorique	24
1. De la protection à la prévention : évolution de la prise en charge de l'enfance en danger	25
1.1. Historique et législation	25
a. Antiquité et Moyen Âge	25
b. Du XVII ^e au XIX ^e siècle	25
c. La période moderne	27
1.2. Le système actuel de protection de l'enfance	33
a. Les acteurs du système de protection de l'enfance	33
b. Les mesures de protection de l'enfance	37
c. Le secret professionnel	40
2. La prévention précoce et l'enfance en danger : aspects théoriques et applications pratiques.....	41
2.1. Aspects théoriques.....	41
a. La théorie de l'attachement	41
b. Les situations à risque de dysfonctionnement relationnel.....	43
c. La place du couple dans le soutien à la parentalité	46
d. L'intérêt des interventions précoces	47
e. Le travail en réseau.....	49
2.2. Applications pratiques	50
a. Le plan périnatalité 2005-2007.....	50
b. L'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité	53
c. Les programmes de prévention précoce.....	56
d. Le réseau périnatal	57
B. Description et évaluation du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal	61

1. Introduction	62
2. Fonctionnement du protocole	64
2.1. Pendant la grossesse	64
2.2. À la naissance de l'enfant.....	66
3. Méthodes.....	68
3.1. Méthodes de sélection	68
3.2. Méthodes d'observation	68
a. Description de la population et du déroulement de la grossesse	68
b. Description du déroulement du protocole	69
c. Devenir des enfants et des familles	70
d. Analyse des mesures de protection prononcées avant et après la mise en place du protocole	70
4. Résultats	71
4.1. Description de la population et du déroulement de la grossesse	71
a. Dans le cadre du protocole avec IPP.....	71
b. Dans le cadre du protocole sans IPP.....	74
c. Comparaison avec les données de l'enquête nationale périnatale 2010	76
4.2. Description du déroulement des protocoles	79
a. Le protocole avec IPP	79
b. Le protocole sans IPP	82
4.3. Description du devenir des familles	86
a. Dans le cadre du protocole avec IPP.....	86
b. Dans le cadre du protocole sans IPP.....	87
c. Répartition des mesures en fonction du nombre de motifs d'inquiétude.....	88
4.4. Analyse descriptive des mesures de protection prononcées avant et après la mise en place des protocoles.....	90
a. Comparaison du nombre de mesures prononcées avant les 3 mois de l'enfant	90
b. Comparaison du nombre de mesures prononcées avant les 8 mois de l'enfant	91
c. Mesures prononcées chez des enfants nés en 2013 dont la mère n'a pas fait partie du protocole.....	92
5. Discussion	94

6. Conclusion.....	101
Bibliographie.....	102
Annexes	109
Annexe 1 : Circuit de traitement des informations préoccupantes	110
Annexe 2 : Circuit de prise en charge préventive des informations préoccupantes	111
Annexe 3 : Fiche de liaison sur une situation prénatale avec information potentiellement préoccupante.....	112
Annexe 4 : Liste des indicateurs de risque pouvant être repérés à la maternité	114
Annexe 5 : Questionnaire sur le devenir des enfants nés en 2013 ayant fait l'objet du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal.....	116
Annexe 6 : Suites préconisées par la PMI et par la maternité et suites données après la naissance de l'enfant.....	117
Annexe 7 : description de 2 situations préoccupantes en prénatal	118

Introduction générale

La grossesse et l'arrivée d'un enfant provoquent de profonds changements identitaires et relationnels chez les futurs parents. Cette période de transition et de réorganisation mérite toute l'attention des professionnels ; elle peut en effet révéler ou amplifier des fragilités entravant la mise en place de liens parents-enfants de qualité, mais elle permet aussi la mobilisation de ressources propres à chaque famille.

La théorie de l'attachement développée par John Bowlby et les travaux qui en découlent mettent l'accent sur l'importance de la qualité des interactions précoces dans le bon développement de l'enfant¹. Dans certaines situations de vulnérabilité psychosociale, les familles ne peuvent pas faire face aux nombreux besoins liés à l'arrivée d'un enfant. La grossesse est alors le moment idéal pour ouvrir le dialogue avec les futurs parents, avant que ceux-ci ne se sentent en échec et ne se replient sur leurs difficultés. Les professionnels de la santé qui sont en relation directe avec les familles peuvent jouer un rôle important dans la mise en place d'un lien parents-enfants de bonne qualité et dans la prévention de la maltraitance dans les cas les plus extrêmes.

Selon l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED), environ 275 000 mineurs ont été pris en charge par le système de protection de l'enfance, en France, au cours de l'année 2011. Ce nombre est en constante augmentation et les enfants en bas âge ne sont pas épargnés : en 2006, 13,5 % des enfants signalés avaient moins de deux ans^{2,3}. La prévention du risque de mise en danger de l'enfant passe par le repérage, dès la grossesse, des situations vulnérables et par la mise en place d'un soutien précoce aux familles. Pour ce faire, des modes d'interventions spécifiques se sont développés. C'est notamment le cas des staffs de parentalité, instaurés dans de nombreuses maternités, qui réunissent les différents professionnels gravitant autour de la naissance pour détecter précocement les dysfonctionnements des relations parents-enfants.

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance met ainsi l'accent sur la prévention précoce, dès la grossesse, des risques de mise en danger de l'enfant. Dans ce cadre, le service de protection maternelle et infantile de la Vienne, en lien avec le service de l'aide sociale à l'enfance, le service social, les maternités du département et les instances judiciaires en charge de la protection de l'enfance, a créé et mis en place un protocole innovant de traitement des situations préoccupantes en prénatal. Depuis janvier 2013, ce dispositif interinstitutionnel a

pour objectif de prévenir les risques de mise en danger de l'enfant en coordonnant les actions des différents professionnels de la périnatalité et en assurant une cohérence de prise en charge, en amont et en aval de la naissance de l'enfant.

Nous avons voulu faire une analyse descriptive de ce protocole après un an de fonctionnement. Après avoir exposé les bases théoriques nécessaires à la compréhension du système de protection de l'enfance et des enjeux de la prévention précoce dans ce domaine, nous présenterons le fonctionnement du dispositif et les caractéristiques de la population concernée. Nous étudierons ensuite la pertinence des indicateurs de risque de mise en danger utilisés par les professionnels, ainsi que le devenir des enfants et l'évolution du nombre de mesures prononcées dans le département depuis la mise en place du protocole.

A. Cadre théorique

1. De la protection à la prévention : évolution de la prise en charge de l'enfance en danger

1.1. Historique et législation

a. Antiquité et Moyen Âge

Dans l'Antiquité grecque et romaine, le père avait le droit de vie ou de mort sur ses enfants ainsi que celui de les vendre comme esclaves.

Il faut attendre la chute de l'Empire romain, au V^e siècle, pour que, sous l'influence de l'Église catholique, la protection des enfants trouvés se mette en place. L'une des mesures en faveur des enfants exposés permet aux parents ne souhaitant pas garder leur enfant de le porter à l'église. Il pourra alors être recueilli par un fidèle, moyennant une somme d'argent.

À partir du XII^e siècle se développent des maisons du Saint-Esprit qui accueillent plusieurs centaines d'enfants et les éduquent jusqu'à ce ceux-ci soient en âge de gagner leur vie.

La protection des enfants est une préoccupation non seulement de l'Église mais aussi d'organisations spécifiques réparties sur le territoire. Jusqu'au XVII^e siècle, elle reste cependant dispersée, aléatoire. Vincent de Paul, prêtre et fondateur de congrégations en faveur des pauvres, organise en 1638 l'hôpital des Enfants trouvés. Chaque enfant dispose alors d'un dossier ; la réglementation prévoit un logement, la nourriture et le trousseau, le recrutement des nourrices, le placement des enfants à la campagne ainsi que leur instruction ⁴.

b. Du XVII^e au XIX^e siècle

Entre 1640 et 1789, l'hôpital des Enfants trouvés de Paris accueille environ 400 000 enfants. Les chances de survie de ceux-ci sont faibles. Face à ce constat, la Révolution organise les bases de l'assistance publique : l'aide aux enfants trouvés devient obligatoire et acquiert le statut de service public.

Au cours du XIX^e siècle, le nombre d'abandons diminue suite au versement d'aides financières aux familles pauvres.

La protection judiciaire de l'enfance maltraitée apparaît avec la promulgation de plusieurs lois.

La loi du 23 décembre 1874

Il s'agit de la première grande loi de protection des enfants placés en nourrice, dite « loi Roussel ».

Elle vise à protéger « tout enfant âgé de moins de deux ans, qui est placé, moyennant salaire, en nourrice, en sevrage ou en garde hors du domicile de ses parents ⁵ ».

Elle rend obligatoire la déclaration du placement et contraint les nourrices à l'obtention d'un certificat. Des médecins-inspecteurs sont chargés de contrôler la santé de l'enfant, les conditions d'accueil et les soins prodigués par les nourrices.

Dans un contexte d'après-guerre où la France connaît un important déclin démographique, cette loi vise à faire diminuer le taux de mortalité infantile. Cependant, elle ne touche qu'une partie seulement de la population infantile.

La loi 24 juillet 1889

La question de l'extension de la protection à tous les enfants étant posée suite à l'instauration de la loi Roussel, le Sénat vote, en 1889, la « loi de protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés ⁶ ».

Cette loi donne la possibilité au tribunal de grande instance de prononcer une déchéance de la puissance paternelle, parfois même sur des enfants à naître. Peuvent alors être déchus de leurs droits

les père et mère qui compromettent par de mauvais traitements, par des exemples pernicieux d'ivrognerie habituelle ou d'inconduite notoire, par un défaut de soins ou par un manque de direction nécessaire, soit la santé, soit la moralité de leurs enfants.

Pour la première fois dans la législation française, l'autorité des parents sur leur enfant est remise en question.

L'Assistance publique a été créée en 1849 pour accueillir les enfants trouvés et mettre en œuvre une politique sanitaire et sociale à l'intention de tous ceux qui sont dans l'impossibilité de gagner leur vie. Suite à la loi du 24 juillet 1889, elle se charge aussi de recevoir les enfants moralement abandonnés.

Parce qu'ils ont l'habitude de prendre en charge des enfants très jeunes, ces services sont rapidement mis en difficulté par l'arrivée d'enfants plus âgés ayant vécu des situations difficiles.

Les enfants abandonnés sont considérés comme dangereux et doivent être rééduqués par tous les moyens. Des écoles professionnelles sont alors créées mais les conditions de vie y sont particulièrement difficiles. Ces bagnes d'enfants et ces colonies agricoles seront fermés en 1946.

À la fin du XIX^e siècle, l'interventionnisme autoritaire diminue et laisse place à un contrôle social négocié. Les besoins spécifiques des enfants commencent à être reconnus.

La loi du 19 avril 1898

Dénommée « loi sur la répression des violences, voies de faits, actes de cruauté et attentats commis envers des enfants », elle réprime les violences, l'absence de soins ou le défaut d'alimentation à l'endroit des mineurs de moins de quinze ans ⁷.

Les lois de 1889 et de 1898 jettent les bases du système de protection de l'enfance moderne.

c. La période moderne

Au cours du XX^e siècle, on va prendre conscience que le placement des enfants, même s'il est parfois nécessaire, comporte des risques et peut souvent être évité. Se développent alors des

actions de prévention précoce en faveur de la famille (aides financières, psychologiques, éducatives).

La loi du 27 juin 1904

Cette loi relative aux enfants assistés est considérée comme la base de l'aide sociale à l'enfance. Son objectif est de faire reculer les maltraitances, les infanticides et les abandons. Elle rend obligatoire l'ouverture d'un lieu d'accueil et d'un bureau d'abandon dans chaque département. L'assistance des enfants, jusqu'alors organisée par les hôpitaux, est confiée à un service d'État. Cette administration deviendra plus tard le service de l'Aide sociale à l'enfance (ASE). Un financement plus généreux est prévu pour assurer de bonnes conditions de vie aux enfants assistés.

La loi du 14 juillet 1913

Elle instaure la notion d'« un minimum de ressources que garantit la collectivité à l'enfant ». Plusieurs lois seront ensuite votées par lesquelles l'État s'engage à subventionner les départements qui versent une prime à la natalité dont le montant dépend du nombre d'enfants au sein de la famille.

L'ordonnance du 2 février 1945

Cette ordonnance relative à l'enfance délinquante reconnaît la nécessité de créer un système judiciaire spécifique pour l'enfant. Elle institue le juge des enfants. Celui-ci est à la fois juge d'instruction, juge du fond et juge d'application des peines. L'ordonnance du 23 décembre 1958 étendra ses compétences à la protection des mineurs en danger.

L'ordonnance du 2 novembre 1945

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, alors que le taux de mortalité infantile a considérablement augmenté, il est vital pour la France d'assurer la survie des enfants.

La Protection maternelle et infantile (PMI) est alors instituée par l'ordonnance du 2 novembre 1945. Ce service s'adresse à toutes les femmes enceintes et aux enfants de moins de six ans. Il s'agit de couvrir l'ensemble de la population materno-infantile sans qu'il soit forcément question de sélection sociale ou d'enfants placés ou maltraités.

Des mesures sont prises pour assurer la survie des enfants naissant en France :

- L'instauration de l'examen prénuptial pour responsabiliser les individus face à leur état de santé ;
- la mise en place de trois examens médicaux obligatoires pendant la grossesse. En cas de non-réalisation de ceux-ci, le versement des allocations est suspendu ;
- la surveillance sanitaire de l'enfant de sa naissance à ses six ans, avec le versement de primes d'assiduité ;
- le maintien des visites à domicile par les assistantes sociales. Ces visites sont susceptibles de concerner tous les enfants, mais une vigilance particulière est accordée à ceux qui sont placés, assistés ou maltraités. Les assistantes sociales ont pour missions de contrôler l'usage qui est fait des allocations, de conseiller les mères sur les méthodes de puériculture et de les orienter en cas de besoin vers les services médicaux et sociaux.

L'ordonnance du 23 décembre 1958

Elle étend les compétences du juge qui peut prononcer toute mesure de protection et d'éducation à l'égard des mineurs de 21 ans dont « la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises ⁸ ».

Il peut alors confier l'enfant au parent qui n'a pas l'exercice du droit de garde, à une personne digne de confiance, à un centre d'accueil ou au service de l'aide sociale à l'enfance.

Le juge peut faire suivre le mineur et sa famille par un service d'observation, d'éducation ou de rééducation en milieu ouvert. Il peut aussi « faire procéder à une étude de personnalité du mineur, par le moyen d'une enquête sociale, d'examens médicaux, psychiatriques et psychologiques ou d'une observation du comportement ⁸ ».

En 1964, des directions départementales de l'action sanitaire et sociale sont créées pour permettre une meilleure coordination entre les services s'occupant des enfants (PMI, ASE, santé scolaire...).

Dans les années 1970, le travail social est fortement remis en cause et une réflexion sur une meilleure adaptation de l'ASE se met en place. Ce service se voit en effet reprocher des pratiques et des retraits abusifs ainsi qu'un partenariat avec l'enfant et sa famille trop peu développé.

La loi du 4 juin 1970

Cette loi sur l'autorité parentale modifie les conditions de mise en place de l'assistance éducative et de la déchéance de l'autorité parentale. La famille reprend un peu sa place et ses droits, le maintien dans le milieu d'origine est privilégié et les possibilités de révision après une déchéance sont assouplies ⁹.

En 1972, le rapport Dupont-Fauville propose une nouvelle organisation de la protection de l'enfance avec la mise en place d'équipes pluridisciplinaires (assistantes sociales, éducateurs spécialisés, psychologues, pédopsychiatres...), la tutelle de l'enfance ayant été jusque-là confiée à des administratifs.

Une amélioration des placements familiaux est recherchée par la création d'un statut des assistantes maternelles en 1977, qui instaure un agrément et une obligation de formation des familles d'accueil.

Par une prise en charge plus précoce et mieux coordonnée, l'ASE devient un service d'aide à la famille et non plus uniquement un service de protection de l'enfance.

Les lois de décentralisation de 1982-1983

Elles placent la PMI et l'ASE sous l'autorité du conseil général. L'objectif est d'adapter au mieux les actions mises en place par ces services aux demandes et aux besoins locaux de la population.

En 1984, une loi proclame le droit des familles à « sortir d'une logique d'assistance et d'exclusion ». Sont alors reconnus le droit d'être informé sur les conditions et les conséquences d'une intervention sociale et le droit pour les parents de participer aux décisions essentielles concernant leur enfant.

Le 18 décembre 1989, une loi particulière sur la décentralisation de la PMI est publiée. Elle précise que « l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent [...] à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile ¹⁰ ».

Aux mesures de prévention d'ordre médical, psychologique, social, à celles d'éducation pour la santé, et au contrôle et à la surveillance des services d'accueil des enfants de moins de six ans, la loi ajoute une mesure plus particulièrement orientée vers la protection. Celle-ci concerne les situations où « la santé ou le développement de l'enfant sont menacés par des mauvais traitements ». Il devient alors obligatoire pour le professionnel ayant constaté la situation d'en rendre compte au médecin responsable du service qui provoque d'urgence « toute mesure appropriée ».

La Convention internationale des droits de l'enfant

Promulguée le 20 novembre 1989 par l'Organisation des Nations unies, elle énonce les droits de l'enfant : le droit à une identité, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux, le droit d'expression sur toute affaire le concernant, le droit au respect... Elle est ratifiée par la France le 7 août 1990.

La loi du 2 janvier 2004

Relative à l'accueil et à la protection de l'enfance, elle prévoit, entre autres, la création de l'Observatoire national de l'enfance en danger (ONED). Cet organisme a pour missions de recenser les pratiques de prévention, de dépistage et de prise en charge de la maltraitance, d'améliorer les connaissances sur les questions de mise en danger et de protection des mineurs et de soutenir les acteurs de la protection de l'enfance.

La loi du 5 mars 2007

Dans les années 2000, plusieurs rapports ont pointé l'inefficacité des services de protection de l'enfance. Il leur est notamment reproché une absence de communication entre les professionnels, une faiblesse de l'évaluation et un recours trop fréquent aux mesures judiciaires ^{11 12}.

Une loi réformant la protection de l'enfance est alors promulguée le 5 mars 2007. Elle s'appuie sur les propositions d'amélioration du dispositif émanant de ces rapports et poursuit trois objectifs :

- renforcer la prévention, en essayant de détecter le plus précocement possible les situations à risque par des bilans réguliers « aux moments essentiels de développement de l'enfant » : entretien au quatrième mois de grossesse, visite à domicile dans les premiers jours suivant la sortie de maternité, bilans systématiques à l'école maternelle, instauration pour tous les enfants de 9, 12 et 15 ans de consultations pour réaliser un bilan de santé physique et psychologique ;
- réorganiser les procédures de signalement par la création dans chaque département d'une cellule spécialisée permettant aux professionnels intervenant pour la protection de l'enfance de mettre en commun leurs informations et d'harmoniser leurs pratiques ;
- diversifier les modes de prise en charge des enfants : possibilité d'accueils ponctuels ou épisodiques hors de la famille. Ces nouvelles formules d'accueil permettent de sortir de l'alternative aide à domicile/placement de l'enfant, et correspondent à une nouvelle façon d'accompagner les familles ¹³.

Le système actuel de protection de l'enfance repose sur cette loi et s'efforce de trouver un équilibre entre la protection due à l'enfant et le respect de l'autorité parentale.

1.2. Le système actuel de protection de l'enfance

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance confère un rôle central au conseil général et à ses services de l'aide sociale à l'enfance, de la protection maternelle et infantile et de l'action sociale.

Ce système de protection est double puisqu'il confie les mineurs en difficulté à la fois au service de l'ASE et au juge des enfants.

La délimitation des compétences respectives du service départemental de l'aide sociale à l'enfance et du juge des enfants a suscité d'abondants débats au cours des dernières années.

La loi de 2007 place le président du conseil général en chef de file de la protection de l'enfance. En effet, elle favorise la protection administrative, la protection judiciaire ne devant être mobilisée que lorsque les actions menées par les services n'ont pas permis de remédier à la situation de danger, en cas d'impossibilité de collaboration avec la famille, de refus de sa part, ou en cas d'impossibilité d'évaluer la situation ¹⁴.

a. Les acteurs du système de protection de l'enfance

L'aide sociale à l'enfance

Les missions et les prestations du service de l'aide sociale à l'enfance sont décrites dans le Code de l'action sociale et des familles (CASF).

Selon l'article L.221-1 du CASF :

Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes :

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ;

2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives, visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles [...] ;

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article ;

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal ;

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le reçu et la transmission, [...] des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection ;

6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur.

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités [...] ou à des personnes physiques.

Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement ¹⁵.

Pour assurer ses missions, le service de l'ASE est doté de professionnels administratifs et de travailleurs sociaux. Le mode d'organisation du service peut varier d'un département à l'autre. Généralement, une structure administrative centrale est chargée de l'organisation de la concertation, de la révision des situations, de l'évaluation des résultats et de la gestion des contentieux. Dans certains départements, des formules déconcentrées ont été mises en place, suivant une sectorisation par territoire : le territoire s'occupe de l'admission des enfants et la circonscription s'occupe du suivi sur le terrain des décisions du service. D'autres départements ont choisi la polyvalence par secteur, celui-ci étant à même de gérer tous les problèmes sociaux et donc de les appréhender de manière globale.

Pour organiser les moyens d'accueil et d'hébergement des enfants, le département a le choix entre trois possibilités :

- créer ses propres établissements et services et faire appel à ses propres assistantes maternelles agréées (cas des foyers de l'enfance) ;
- passer une convention avec d'autres collectivités ayant des équipements suffisants (départements, communes) ;
- habilitier des établissements et des services de statut public ou privé.

Le service de l'ASE travaille en liaison avec les familles, les services de la justice, les services de l'Éducation nationale, les travailleurs sociaux du service social départemental, les travailleurs médico-sociaux du service de PMI et tous les services, établissements ou familles habilités à recevoir les mineurs confiés au service.

La protection maternelle et infantile

Le service de PMI est placé sous l'autorité du conseil général et ses activités sont inscrites dans le Code de la santé publique (CSP).

Selon l'article L.2112-2 du CSP :

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

- 1° Les consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ;
- 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse [...] ;
- 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- 4°bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ;
- 5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations [...] ;
- 6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints ;
- 7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue¹⁶.

Depuis 2007, la PMI doit participer aux dispositifs de protection des « mineurs en danger » et non plus uniquement des « mineurs maltraités ».

Selon les définitions proposées par l'Observatoire national de l'action sociale décentralisée (ODAS), l'expression d' « enfance en danger » désigne l'ensemble des enfants maltraités et des enfants en risque de danger. Est considéré comme enfant en risque de danger, celui qui connaît des conditions d'existence risquant de mettre en danger sa santé, sa sécurité, sa moralité, son éducation ou son entretien, mais qui n'est pas pour autant maltraité.

La prévention est donc renforcée, il ne faut plus attendre qu'un enfant soit véritablement maltraité pour agir. La PMI, par ses actions auprès des femmes enceintes et des jeunes enfants, a un rôle de prévention précoce des risques de mise en danger de l'enfant.

Le service social

Le conseil général exerce ses compétences en matière de protection de l'enfance par l'intermédiaire de la direction de l'enfance et de la famille, qui comprend les services de PMI et de l'ASE, et de la direction de l'action sociale.

Le service social a notamment pour missions d'accorder l'agrément des assistantes maternelles et familiales, l'évaluation des situations sociales, l'aide et l'accompagnement des familles en difficulté (aides financières et aides à domiciles) pour prévenir le risque de mise en danger de l'enfant.

La cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP)

La loi du 5 mars 2007 prévoit la création, dans chaque département, d'une cellule de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes.

L'expression « information préoccupante » n'est alors pas définie précisément. Sa définition apparaît dans le décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013 :

L'information préoccupante est une information transmise à la cellule départementale pour alerter le président du conseil général sur la situation d'un mineur, bénéficiant ou non d'un accompagnement, pouvant laisser craindre que sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger ou en risque de l'être ou que les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont 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 ¹⁷.

L'objectif de la mise en place des cellules départementales est de faire converger, vers un lieu unique, toutes les informations concernant un mineur en danger. En effet, toute personne qui a connaissance d'une telle situation doit alerter la cellule de recueil départementale. Celle-ci est aussi destinataire des informations transmises directement au procureur.

L'institution judiciaire

Le procureur de la République est un magistrat qui dirige les services du parquet auprès d'un tribunal de grande instance. Il est destinataire des plaintes et signalements, dirige les enquêtes, décide des poursuites et veille à l'application de la loi.

En cas de danger pour l'enfant, le président du conseil général doit aviser directement le procureur ¹³.

Les autres situations dans lesquelles le procureur peut être saisi (on parle alors de « signalement ») sont :

- l'échec des mesures de protection administrative ;
- le refus par les parents de toute intervention ou l'incapacité de donner leur accord ;
- l'impossibilité d'évaluer la situation.

S'il reconnaît le danger, le parquet saisit le juge des enfants pour une mesure de protection.

Exceptionnellement, en cas d'urgence et d'impossibilité du juge, le procureur peut prendre une décision de placement d'un mineur. Il devra alors saisir dans les huit jours le juge des enfants qui maintiendra, modifiera ou infirmera la décision de placement.

Le procureur peut également ne pas donner suite.

b. Les mesures de protection de l'enfance

Lorsque la cellule de recueil reçoit une information préoccupante, elle évalue tout d'abord le degré de gravité de la situation. En cas de situation faisant apparaître que l'enfant est en péril, qu'il est gravement atteint dans son intégrité physique ou psychique, ou qu'il est peut-être victime de faits qualifiables pénalement, un signalement auprès du procureur de la République est effectué. Dans les autres cas, les informations sont transmises aux services médico-sociaux du département.

Une évaluation médico-sociale est effectuée par l'assistant social de secteur et la puéricultrice du service de PMI afin de vérifier la situation réelle des enfants, leurs besoins et les suites à donner à cette information.

Les parents sont informés de ces démarches et des craintes concernant la situation du ou des enfants.

La suite donnée aux informations dépendra de la réalité de la situation rencontrée. Un rapport d'évaluation est rédigé, soumis à la réflexion technique de plusieurs professionnels, dans le cadre d'une réunion de synthèse pluri-professionnelle. Il doit être porté à la connaissance des parents dans la mesure du possible. Il est ensuite transmis à la cellule de recueil qui déterminera la suite à donner la plus adaptée et l'interlocuteur à privilégier :

- si le danger ou le risque n'est pas confirmé, un classement sans suite sera décidé ;
- si la situation de l'enfant nécessite une mesure de prévention, le service de l'ASE peut proposer aux familles la mise en place de mesures dites administratives ;
- si la situation révèle un danger avéré ou le refus de collaboration des parents, les informations sont transmises au procureur de la République pour qu'une mesure judiciaire soit mise en place.

Les mesures administratives

Les mesures de protection administratives sont mises en place par l'ASE avec l'accord de la famille.

Il peut s'agir :

- d'un accompagnement médico-social (surveillance en consultation des enfants de moins de six ans par la PMI, soutien à la parentalité, accompagnement social...) ;
- d'une aide financière (participation aux frais de cantine scolaire, d'activités extérieures...) ;
- d'un accompagnement en économie sociale et familiale (AESF) pour aider les parents dans la gestion de leur budget au quotidien ;
- de l'aide d'une technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF). L'intervention de celle-ci a pour objectif de donner des repères élémentaires vis-à-vis de l'enfant dans

des domaines tels que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs, tout en respectant les choix éducatifs des parents ;

- d'une mesure d'action éducative à domicile (AED). Un contrat est passé entre la famille et l'ASE. Un projet est mis en place pour l'enfant et sera évalué en fin d'intervention. L'objectif est d'accompagner les parents dans l'éducation de leur enfant et de favoriser leur insertion sociale ;
- d'une mesure administrative de placement : soit un accueil provisoire de l'enfant dans un établissement adapté ou chez un assistant familial, soit un accueil modulable, qui combine le maintien à domicile et un accueil hors du domicile (accueil de jour, par exemple) ou bien encore un accueil d'urgence.

Les mesures judiciaires

Les mesures judiciaires s'imposent pour protéger un enfant quand « la santé, la sécurité, la moralité, les conditions d'éducation de son développement physique, affectif, intellectuel ou social sont gravement compromis » et que toute autre mesure d'aide n'a pas pu supprimer ce danger, ou lorsque celui-ci ne peut pas être évalué ¹³.

Lorsqu'elles sont invoquées, les difficultés à obtenir la coopération de la famille doivent être prouvées. La protection administrative doit toujours être privilégiée, même lorsque le mineur est en danger : dans la mesure du possible, le placement pour mise à l'abri doit être administratif.

Cependant, pour ce qui concerne les situations de violences, notamment sexuelles, révélées par un enfant ou par l'un de ses proches, ou mises en évidence à l'occasion d'une évaluation, le signalement doit être effectué sans délai au procureur de la République.

Le juge des enfants est généralement saisi par le ministère public, mais il peut aussi intervenir à la demande des parents ainsi qu'à la requête de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié, voire du mineur lui-même. Il peut alors ordonner :

- une mesure judiciaire d'investigation éducative (MJIE) pour vérifier si les conditions d'une intervention judiciaire sont réunies ;

- une action éducative en milieu ouvert (AEMO). Un travailleur social va aider et conseiller les familles dans leur rôle éducatif. La durée de cette mesure est comprise entre six mois et deux ans. Au terme de son évaluation, cette mesure peut être levée ou renouvelée ;
- une mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial (MJAGBF) ;
- un placement de l'enfant auprès d'un membre de sa famille, du service de l'ASE, d'un établissement ou service habilité ou d'un tiers digne de confiance. Cette mesure doit être réévaluée tous les deux ans. En cas d'urgence, le procureur peut prononcer une « ordonnance de placement provisoire » (OPP). Il a un délai de huit jours pour saisir le juge des enfants qui devra statuer dans les quinze jours, faute de quoi les parents ont le droit de demander le retour de leur enfant.

c. Le secret professionnel

La loi de 2007 a clarifié la position des professionnels amenés à signaler des situations de danger et à partager des informations. À condition de ne communiquer que les informations qui sont strictement nécessaires à l'évaluation pluridisciplinaire de la situation de l'enfant et à la détermination de l'action à mettre en œuvre pour assurer sa protection, les professionnels sont autorisés à échanger des informations sans risque de poursuite pénale pour non-respect du secret professionnel.

Selon l'article L. 226-2-2 du CASF :

Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en œuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant ¹⁸.

2. La prévention précoce et l'enfance en danger : aspects théoriques et applications pratiques

2.1. Aspects théoriques

a. La théorie de l'attachement

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, les psychiatres s'intéressent aux liens mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. C'est dans ce contexte qu'apparaît la « théorie de l'attachement », considérée comme un concept clé en psychologie et en psychopathologie. Les études de René Spitz, psychiatre et psychanalyste américain d'origine hongroise, comptent parmi les travaux à l'origine de cette théorie. Il étudie les effets de la carence affective en observant, en prison, les bébés de mères célibataires, et découvre les symptômes de la dépression chez le nourrisson. À cette époque, il s'agit d'une idée révolutionnaire et lorsqu'il dénonce les effets indésirables de l'institutionnalisation, il se heurte à un déni massif.

En 1969, John Bowlby, psychanalyste anglais, propose la théorie de l'attachement dans un ouvrage en trois volumes intitulé *Attachement et perte* ¹⁹. Il décrit « l'attachement » comme étant le produit des comportements ayant pour objet la recherche et le maintien de proximité d'une personne spécifique. Il explique qu'il s'agit d'un besoin primaire, biologiquement déterminé, participant à la survie de l'espèce. Ce système d'attachement présente en effet un avantage sélectif en protégeant le bébé des dangers de l'environnement.

Le nouveau-né dispose d'un répertoire de comportements instinctifs, tels que s'accrocher, sucer, pleurer, sourire, qui vont pouvoir être utilisés au profit de l'attachement. Ces comportements d'attachement sont présents dès la naissance et ne sont pas dirigés, dans un premier temps, vers une figure particulière. Cependant, dans nos sociétés, ils sont le plus souvent dirigés vers la mère, celle-ci répondant aux manifestations de son enfant. Après sept mois, une relation d'attachement, franche et sélective, à une personne privilégiée, s'établit. John Bowlby parle de « monotropisme ». Le bébé a plusieurs figures d'attachement qui sont

hiérarchisées en fonction des soins donnés, de la qualité et de la durabilité des interactions sociales développées avec lui.

Bowlby a montré que l'enfant peut s'éloigner de sa figure d'attachement pour explorer le monde extérieur dès lors que les besoins de proximité sont satisfaits. À partir de l'âge de six mois, le développement de la motricité permet à l'enfant de s'éloigner de sa figure d'attachement, lorsqu'il se sent en sécurité, et de s'en rapprocher, s'il se sent en danger. Cette confiance dans l'idée qu'une figure de soutien sera toujours disponible en cas de besoin est appelée « base de sécurité ».

La recherche de protection effectuée par l'enfant auprès de sa figure d'attachement, est guidée par un ensemble de représentations mentales, conscientes et inconscientes, du monde extérieur et de soi à l'intérieur de ce monde, appelé « modèle interne opérant » (MIO). Dans un premier temps, ce modèle s'ajuste aux interactions vécues par l'enfant, puis, une fois mis en place, le MIO va constituer un schéma mental pour les relations sociales futures de l'enfant. Ainsi, un jeune enfant qui a reçu des soins marqués par la sensibilité et la disponibilité émotionnelle de sa mère va développer une image des autres comme étant disponibles et soutenant, et une représentation de soi comme étant digne d'amour et d'attention. En revanche, il développera un modèle interne de mère indisponible ou menaçante, et une représentation de lui non digne d'amour, d'attention et de soin, en cas d'expériences interactives insécurisantes ¹.

À l'adolescence et à l'âge adulte, ces représentations d'attachement vont avoir un impact sur la perception des autres, les relations sociales et la façon dont un parent pourra ou non formuler une demande d'aide et réagir à une proposition d'aide. L'attitude de soins de la mère envers son bébé et l'ajustement à son nouveau rôle maternel vont être influencés par son MIO.

En France, cette théorie de l'attachement est encore peu appliquée dans le domaine de la protection de l'enfance. Dans d'autres pays, notamment anglo-saxons, elle a beaucoup influencé les pratiques dans le champ de la petite enfance.

b. Les situations à risque de dysfonctionnement relationnel

La périnatalité est une situation de transition et de réorganisation durant laquelle la famille peut être mise en difficulté. En effet, la naissance d'un enfant entraîne des remaniements psychologiques chez les parents. Ce processus de maturation de la personnalité est appelé « parentalité ». Il s'agit de l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de répondre aux besoins de leur enfant sur le plan corporel, affectif et psychique. Dans certaines situations de vulnérabilité psychosociale, les familles ne peuvent pas faire face aux nombreux besoins liés à l'arrivée d'un enfant. Ces fragilités peuvent conduire à des carences sanitaires, éducatives, affectives ou sociales qui auront un impact sur le développement des nourrissons, particulièrement dépendants de leur environnement.

Dans leur ouvrage intitulé *Souffrances autour du berceau*, les auteures, Martine Lamour et Marthe Barraco, soulignent la gravité des états de négligence et de carence précoces. Les difficultés, pour les soignants, à instaurer des soins continus et durables rendent la prise en charge de ces familles carencées particulièrement complexe. Il s'agit d'un problème fréquent pouvant entraîner des troubles sévères du développement physique, affectif, relationnel et affectif de l'enfant ²⁰.

Il convient donc de porter une attention particulière aux situations de vulnérabilité dès la grossesse pour accompagner et soutenir les familles en difficulté avant, pendant et après la naissance de l'enfant. Celles-ci ne sont pas l'apanage des familles de milieux socio-économiques défavorisés et doivent être recherchées de façon systématique.

De nombreuses études ont recensé les facteurs de vulnérabilité parentale. Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), organisme québécois de recherche psychosociale, a réalisé une revue de la littérature sur les connaissances scientifiques concernant la maltraitance psychologique envers les enfants ²¹. Selon cette étude, la maltraitance résulte le plus souvent d'une association de facteurs de risques présents au niveau de la société, de la communauté, de la famille et de l'enfant.

Au niveau sociétal

- Le lien entre maltraitance et pauvreté économique a été démontré par plusieurs études. Cette pauvreté est bien souvent liée à un isolement social et constitue un facteur de stress rendant les parents moins disponibles envers leurs enfants.
- L'immigration est aussi reconnue comme un facteur de risque de maltraitance de par l'absence de soutiens familiaux qu'elle occasionne.

Au niveau communautaire

- Il existe un lien important dans un quartier entre le taux de pauvreté, le pourcentage de familles dont les mères sont les seules à avoir un revenu et le risque de maltraitance.
- Par ailleurs le niveau de violence dans la communauté (niveau de criminalité et de consommation de drogues) pourrait aussi avoir une influence sur le fonctionnement des familles.

Au niveau familial

- Les conditions de vie génératrices de stress (monoparentalité, conditions de travail instables, pathologie des parents ou des enfants, divorce, insécurité économique...) sont des facteurs de vulnérabilité reconnus.
- La violence conjugale a une incidence significative sur les mauvais traitements infligés aux enfants.
- Les parents maltraitants ont eux-mêmes fréquemment été victimes de mauvais traitements. Selon deux études parues en 1987 et 2003, un tiers des enfants maltraités deviendront des parents abusifs^{22 23}.
- Le jeune âge de la mère est associé à la survenue de maltraitements. Selon une étude sur les homicides, il s'agirait même d'un des facteurs de risque les plus importants.
- La toxicomanie est fréquemment retrouvée dans les cas de maltraitements. Tandis que la consommation d'alcool serait associée aux violences physiques, celle de drogues serait plutôt vectrice de négligences.

- Certains traits de caractère des parents, parce qu'ils ont une influence sur le lien d'attachement, sont susceptibles d'entraîner des mauvais traitements. Il s'agit de la faible estime de soi, l'humeur dépressive, l'anxiété, l'impulsivité ou d'antécédents de pathologies psychiatriques.

Au niveau de l'enfant

- Les enfants prématurés, de faible poids de naissance, handicapés ou porteurs d'une maladie demandent plus d'attention, de soins et de disponibilité et risquent ainsi davantage de subir des mauvais traitements.
- Les enfants non désirés sont aussi exposés au risque de maltraitance.

Michel Soulé, psychanalyste et pédopsychiatre, s'est intéressé à la prévention précoce, aux difficultés concernant les liens familiaux et aux problèmes de filiation. Il a étudié les facteurs de vulnérabilité psychosociale ou « clignotants » de la période périnatale.

Parmi ces clignotants repérables dès la période prénatale, on trouve les antécédents obstétricaux de la mère (fausse couche, avortement spontané ou provoqué, hospitalisation pendant la grossesse...), les antécédents psychiatriques (tentative de suicide, toxicomanie, dépression, troubles psychotiques...), les antécédents médicaux (maladie chronique, handicap...), les antécédents personnels de placement à l'ASE, l'absence de domicile fixe, les conflits familiaux, les antécédents de placements pour d'autres enfants, l'âge de la mère et la déclaration tardive de grossesse.

La présence de facteurs de vulnérabilité parentale augmente la probabilité de survenue de maltraitements, surtout lorsqu'ils sont cumulés. Cependant, aucun facteur de risque ne peut prédire de façon certaine la survenue de mauvais traitements. Michel Soulé insiste sur la nécessité d'être vigilant en gardant en tête ces indicateurs de risque, tout en veillant à ne pas tomber dans la stigmatisation et l'investigation suspicieuse.

c. La place du couple dans le soutien à la parentalité

Depuis les années 1970, de nombreuses recherches ont été menées sur le bébé et la fonction parentale. On prend peu à peu conscience que l'enfant a besoin d'attention, d'écoute, d'interactions de qualité avec son entourage pour se développer de façon optimale. Le rôle des parents dans le développement de leur enfant devient capital. La parentalité n'est plus considérée comme un processus inné et suppose une acquisition de compétences et de savoirs.

En parallèle, les représentations des familles rencontrant des difficultés socio-économiques, familiales ou psychologiques changent : ce n'est plus seulement l'enfant mais toute la famille qui est en souffrance et qui doit être aidée.

C'est aux besoins et aux difficultés des parents que désormais, et sans exclure ceux des enfants, l'on s'intéresse aussi en ce début du XXI^e siècle. Cette considération nouvelle pour la condition parentale participe sans doute d'une démarche intellectuelle et éthique novatrice ; elle repose aussi sur des motifs stratégiques, c'est-à-dire la recherche d'une protection de l'enfance et d'une action sociale à vocation familiale plus efficace²⁴.

Le soutien à la parentalité devient alors un enjeu de santé publique dans un contexte où l'exercice de la parentalité est considéré comme de plus en plus difficile, notamment pour les jeunes couples, les familles monoparentales, les familles recomposées et les familles issues de l'immigration. Selon un rapport intitulé *Conférence de la famille*, différents facteurs seraient à l'origine de cette situation : les modifications des relations intergénérationnelles, le développement du travail à temps plein des mères, la précarité de l'emploi, les difficultés de logement, les conflits conjugaux, l'évolution des mentalités et des représentations²⁵.

Plusieurs rapports préconisent la mise en œuvre d'actions pour soutenir cette fonction parentale^{26 27}. Le soutien à la parentalité ne se limite pas à une transmission passive d'information. Il s'agit d'un processus de renforcement de l'estime de soi appelé « empowerment ». Selon la banque de données en santé publique, il s'agit d'un

processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique. Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisés. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les

processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés²⁸.

Une méta-analyse a étudié l'efficacité de différents programmes de soutien à la parentalité. Deux des stratégies les plus efficaces visent à améliorer les interactions parents-enfants. La première forme les parents à l'écoute empathique, à la régulation des émotions de leurs enfants et à la communication positive excluant les critiques et le sarcasme. La seconde stratégie porte sur la mise en place d'interactions positives entre parents et enfants en dehors des situations de conflit. Les interventions les plus efficaces sont celles qui impliquent une mise en pratique parentale. Les stratégies visant à transmettre des connaissances sur le développement de l'enfant ne se révèlent pas efficaces quand elles sont utilisées de façon isolée²⁹.

Il est donc important que les parents participent activement à l'acquisition de compétences dans la prise en charge de leur enfant et aient confiance dans leur capacité à prendre soin de leur bébé dès la grossesse.

d. L'intérêt des interventions précoces

Selma Fraiberg (pédopsychiatre), comme John Bowlby, soutient l'idée selon laquelle une alliance thérapeutique « correctrice » peut induire des changements de certaines représentations chez la mère et ainsi modifier sa relation au bébé. Cette alliance thérapeutique nécessite de l'empathie, du respect et de la disponibilité de la part du thérapeute ainsi qu'une continuité de la relation clinique.

La grossesse est un moment privilégié au cours duquel une alliance thérapeutique peut s'opérer. En effet, cette période de « transparence psychique », décrite par la psychanalyste Monique Bydlowski dans les années 1990, est caractérisée par une perméabilité transitoire de l'inconscient permettant l'accès à des contenus psychiques habituellement refoulés (fantasmes, conflits, souvenirs). L'alliance thérapeutique permettra à la femme enceinte de dévoiler ces contenus psychiques qui, projetés sur le nourrisson dans l'interaction précoce, pourraient avoir un impact négatif sur son sommeil, son développement, son attachement.

L'intérêt d'un accompagnement précoce des familles en situation de vulnérabilité a été démontré par plusieurs études, principalement anglo-saxonnes³⁰. Ces prises en charge ont des effets positifs sur le développement des enfants et la qualité des relations parents-enfants, surtout lorsqu'elles ont commencé en période prénatale. Parmi ces effets, on note : une diminution des états dépressifs maternels, une meilleure autonomie et une meilleure acquisition de compétences parentales, un attachement plus sécure et une diminution des troubles du comportement chez les jeunes enfants. Une étude menée auprès de familles parisiennes présentant des dysfonctionnements psychiques, des pathologies carencielles ou des troubles de la parentalité montre l'impact positif de la précocité des interventions : les enfants suivis avant l'âge de un an ont de meilleures compétences relationnelles et présentent moins de troubles du comportement social et moins d'échecs scolaires que ceux pris en charge à un âge plus avancé³¹.

Le dispositif de protection de l'enfance privilégie le maintien de l'enfant dans son milieu naturel. Cependant, dans les situations les plus graves ou en cas d'échec des mesures mises en place à domicile, le placement de l'enfant peut être nécessaire. Cette séparation vise à protéger l'enfant d'une situation jugée dangereuse ou nuisible à son développement. Elle doit être bénéfique à son développement psychique et social en établissant une relation durable avec un adulte stable et bienveillant, élément indispensable à la construction de la personnalité d'un enfant.

Divers travaux ont été menés sur l'impact de l'âge de l'enfant au moment de la séparation. Une équipe française a étudié la situation de 82 jeunes majeurs confiés au service de l'aide sociale à l'enfance. L'objectif était de mettre en relation l'âge qu'ils avaient au moment de la séparation et la survenue de troubles ultérieurs. Selon les résultats de cette étude, plus la séparation est tardive, plus les troubles du comportement des enfants sont fréquents et graves. La proportion d'enfants présentant des troubles du comportement ou de la personnalité après une séparation est en moyenne de un sur deux ; elle est de un sur six lorsque les enfants sont séparés de leurs parents avant l'âge de un an³².

De plus, le développement du sentiment d'appartenance familiale est influencé par l'âge de l'enfant au moment du placement : plus l'enfant est jeune, plus il aura tendance à développer

un attachement de qualité avec les membres de sa famille d'accueil. Ce sentiment d'affiliation n'empêche cependant pas le maintien d'un lien familial avec les parents biologiques ³³.

Une étude, menée dans le nord de la France a étudié le développement des enfants accueillis en pouponnière. Ces enfants, âgés de moins de trois ans, ont fait l'objet d'un placement administratif ou judiciaire avec des parents présentant fréquemment des troubles de la parentalité et une pathologie du lien. Les auteurs ont évalué, au bout de quatre mois, le développement et les capacités d'interaction de ces bébés dans le but d'observer si l'accueil en pouponnière représente un facteur de carences ou, au contraire, constitue une action soignante. Cette étude montre que la prise en charge dans une pouponnière permet aux bébés d'améliorer leurs capacités interactives et de reprendre un développement de meilleure qualité en leur offrant un maternage suffisamment sécurisé. Ces résultats confirment l'intérêt d'une prise en charge précoce du bébé négligé ou maltraité pour lui permettre de poursuivre ou reprendre son développement ³⁴.

Selon Maurice Berger, pédopsychiatre et psychanalyste français, les dégâts qui affectent dès les premiers mois de vie les éléments structurels de la pensée de l'enfant soumis à une pathologie du lien sont difficilement réversibles³⁵.

e. Le travail en réseau

La période de la parentalité représente une situation de stress durant laquelle la mère est particulièrement vulnérable. Cette période réactive chez les parents des émotions et des représentations mentales liées à leur propre enfance. Cela pourra alors les amener à rechercher auprès des soignants une base de sécurité qui ne pourra leur être apportée que par une relation thérapeutique sécurisante.

L'une des conditions nécessaires à la mise en place d'une alliance thérapeutique sécurisante est la cohérence du réseau professionnel qui entoure l'enfant et les parents. Cela est particulièrement important pour les parents ayant vécu autrefois des relations discontinues et peu fiables avec leurs figures d'attachement et qui auront donc tendance à voir le soignant comme une personne non fiable ou indisponible.

Pour Françoise Molénat, pédopsychiatre, les incohérences, les rivalités et les conflits professionnels peuvent être vécus de façon violente par les parents ou les futurs parents qui

peuvent y voir une répétition de ce qui s'est joué dans leur famille et risquent alors de se sentir impuissants et incompetents. La coordination et la continuité de la prise en charge de ces familles vulnérables leur offrent un cadre structuré leur permettant de reprendre confiance dans leur capacité à être parents ³⁶.

Le travail en réseau, qui apporte plus de sécurité aux familles et aux professionnels, permet aussi d'améliorer l'efficacité des prises en charge. En effet, l'absence de communication et les difficultés de liaison entre professionnels entraînent une perte importante d'informations et nuisent au repérage des risques de perturbation du lien parents-enfant.

Après la naissance, vient une période de doute et de solitude pour la femme maintenant mère. Celle-ci doit faire face au deuil de la grossesse, tandis que toute l'attention n'est plus uniquement tournée vers elle mais aussi vers l'enfant. Cette sorte « d'abandon » peut terriblement blesser la femme qui se sent alors non reconnue par son entourage. De plus, elle doit faire face à des craintes : peur de ne pas être capable, peur de ne pas être une bonne mère... C'est au moment où le nouveau-né est rentré à la maison que les parents risquent de se replier sur leurs difficultés. C'est pourquoi il est important que la femme enceinte soit soutenue et aidée par un réseau de professionnels qui pourra préparer l'accueil de l'enfant et permettre l'ouverture vers un suivi post-natal de celui-ci sans qu'il y ait de discontinuité dans la prise en charge.

2.2. Applications pratiques

a. Le plan périnatalité 2005-2007

Ce plan a été mis en place en 2005 par Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé et de la Protection sociale.

Il fait suite au plan périnatalité de 1994 qui avait comme objectifs de diminuer la mortalité maternelle de 30 % et la mortalité périnatale de 20 %, de réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25 %, de réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu, ou pas, suivies au cours de la grossesse et de diminuer de 35 % la mort subite du nourrisson par la mise en place d'un programme de prévention.

Les objectifs ont été atteints pour les indicateurs de mortalité et le fonctionnement des maternités a été amélioré par le développement des transferts in utero et des pratiques de travail en réseau.

Cependant, dans les années 2000, la situation de la périnatalité, bien qu'en constante amélioration, est loin d'être optimale : la position de la France en Europe reste toujours moyenne par rapport aux indicateurs de périnatalité, les médecins (gynécologues obstétriciens, pédiatres en néonatalogie et anesthésistes) n'étant en effet plus assez nombreux pour répondre aux exigences de sécurité des maternités. Par ailleurs, d'importants progrès technologiques dans le domaine de la périnatalité prennent le pas sur la dimension humaine de la prise en charge des futurs parents qui ne sentent pas assez écoutés et informés.

C'est dans ce contexte qu'un rapport intitulé *Mission périnatalité* est rédigé à la demande de Jean-François Mattei, ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées. Il est rendu public en juillet 2003 et se résume en 20 propositions qui seront reprises dans leur quasi-totalité dans le plan périnatalité 2005-2007 ³⁷.

Parmi ces propositions, le rapport préconise d'assurer la prise en charge psychosociale des femmes enceintes en s'appuyant sur la consultation du 4^e mois pour dépister les situations qui risquent d'entraîner des complications du lien parents-enfant. Selon les auteurs :

Il faut développer des modes d'organisation particuliers pour les femmes à haut risque, des interventions de soutien social en s'appuyant sur la PMI, en organisant des réunions pluridisciplinaires, "staffs psychosociaux", mais aussi en développant des prises en charge à domicile, par des sages-femmes, des infirmières, des assistantes sociales ou des aides ménagères spécialement formées pour ces interventions. L'objectif étant d'offrir un soutien "émotionnel" aux femmes, les aider à faire face aux événements graves, mobiliser leur entourage pour les aider pendant la grossesse, les inciter à consulter et avoir des habitudes de vie adaptées à leur état, ou les aider dans les tâches domestiques et leur donner des conseils de prévention ³⁷.

Le plan périnatalité, intitulé *Humanité, proximité, sécurité, qualité*, devait permettre d'atteindre en 2008 les objectifs fixés par la loi relative à la politique de Santé publique : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Il avait aussi pour objectif d'améliorer la sécurité et la qualité de soins et a intégré la notion de « sécurité émotionnelle » dans la prise charge des futurs parents.

Les quatre axes principaux du plan périnatalité 2005-2007 :

1. L'humanisation de la naissance

- Par la mise en place d'un entretien prénatal précoce pour permettre aux futurs parents d'exprimer leurs attentes et leurs besoins et de créer des liens sécurisants avec les partenaires du réseau périnatal.
- Par une meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance. Pour améliorer la sécurité émotionnelle des parents dès la grossesse, le plan prévoit la mise en place de collaborations médico-psychologiques en maternité, la formation collective des professionnels impliqués, le renforcement du travail en réseau entre professionnels des disciplines sanitaires, sociales et médico-sociales.
- Par la participation des usagers à la définition, au suivi et à l'évaluation de la politique périnatale, ainsi qu'une optimisation de l'information donnée aux usagers sur les modalités de prise en charge offertes au sein du réseau de périnatalité.
- Par l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité et des couples faisant face à un handicap ou une maladie invalidante.
- Par l'expérimentation de maisons de naissance.

2. L'amélioration de la proximité

- Par le développement des réseaux en périnatalité. L'objectif est de créer et développer des réseaux de santé de proximité entre la ville, l'hôpital et la PMI afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population.
- Par le renfort et l'extension du rôle des centres périnataux de proximité (CPP). Créés en 1998 pour remplacer les maternités qui assuraient moins de 300 accouchements par an, ces centres proposent des consultations pré- et post-natales, des cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale.
- Par l'amélioration de la communication et du partage d'informations avec la PMI qui est un acteur clé des réseaux périnatalité du fait de son accessibilité géographique, de son partenariat avec les services sociaux et de sa position privilégiée dans le suivi des nouveau-nés et des jeunes enfants.

- Par l'intégration des sages-femmes libérales dans les réseaux périnatalité et la création de places d'hospitalisation à domicile sur tout le territoire.

3. Amélioration de la sécurité

- Par la mise aux normes des établissements en termes de personnels et d'équipements.
- Par l'amélioration des transports.
- Par l'amélioration de la prise en charge des urgences maternelles.

4. Amélioration de la qualité

- Par la promotion des démarches qualité et de la gestion des risques dans les réseaux de périnatalité.
- Par la création de la commission nationale de la naissance chargée de contribuer à la réalisation des objectifs de santé publique pour la périnatalité.

Le plan périnatalité affiche explicitement une volonté de mieux prendre en compte les dimensions psychologiques et sociales de la grossesse et de l'accouchement.

b. L'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance et à la parentalité

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit la mise en place d'un « entretien prénatal précoce » (EPP) individuel ou en couple. Cet entretien est systématiquement proposé à la femme enceinte par le professionnel qui confirme la grossesse. Il est de préférence réalisé au premier trimestre de la grossesse mais peut avoir lieu plus tardivement en cas de besoin et peut aussi être répété. Il permet d'instaurer un dialogue sur le ressenti de la femme enceinte, de renforcer la confiance du couple dans le système de santé, de présenter et de mettre en place la « préparation à la naissance et à la parentalité » (PNP), de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer une aide à la parentalité. Il doit être l'occasion d'évoquer des questions peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux.

Cet entretien doit être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes et pas seulement aux femmes en difficulté. En effet, les facteurs de vulnérabilité ne sont pas tous

clairement identifiés. Dans certains milieux aisés, par exemple, de possibles dépressions ou mal-être peuvent amener à des situations délicates pour l'accueil du nouveau-né. De plus, il pourrait être stigmatisant pour les familles les plus défavorisées de ne le proposer que sur des critères sociaux ou psychologiques.

Il est important que l'EPP soit réalisé par un professionnel habituellement présent dans le suivi de la grossesse pour éviter, là aussi, de donner une connotation péjorative à l'entretien. La sage-femme semble être la plus à même de remplir ce rôle. L'entretien peut aussi être mené par un généraliste ou un gynécologue.

C'est dans ce cadre que la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité une série de recommandations professionnelles sur la préparation à la naissance et la parentalité ²⁶. Celles-ci s'adressent à tous les professionnels impliqués dans la prise en charge de la grossesse et de la petite enfance (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, psychiatres, psychologues, assistantes sociales).

Les objectifs généraux de la PNP sont les suivants :

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte.
- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité.
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel.
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant.
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né.
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile.
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent.
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur.
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum.
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance ²⁶.

Les séances de PNP sont au nombre de 7 et peuvent être individuelles ou collectives. Elles sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie et peuvent être complétées par 2 séances post-natales dans le cadre d'un accompagnement du retour à domicile. Les séances sont proposées par les sages-femmes libérales ou les sages-femmes des services de PMI, des services hospitaliers, des CPP. Elles peuvent être réalisées à domicile et comportent des temps d'information et d'ateliers pratiques (puériculture...) et corporels (positions, respiration, relaxation...). Dans la pratique, le nombre et le contenu de ces séances varient fortement d'un professionnel à l'autre mais tous gardent comme objectif de soutenir les futurs parents dans la parentalité.

Selon l'évaluation du plan périnatalité, réalisée entre octobre 2009 et mai 2010, sur les 29 mesures proposées, 80 % ont été prises en compte. Le plan a contribué à faire émerger la nécessité d'une prise en charge médico-psycho-sociale et à renforcer la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples. Cependant, cette prise en charge varie fortement d'un département à l'autre ³⁸.

Selon le rapport de l'enquête périnatale 2010, 21 % des mères déclarent avoir bénéficié de l'EPP avec d'importantes variations régionales (12 % à Paris et 31 % dans la grande région Ouest) ³⁹.

Une enquête portant sur la réalisation de l'EPP a été menée en 2010 par l'observatoire régional de la santé (ORS) de Poitou-Charentes. Dans cette région, on estime à 5 400 le nombre d'EPP réalisés pour les 18 500 accouchements qui ont eu lieu dans l'année. L'EPP reste donc minoritaire dans l'activité globale des sages-femmes ; cela est principalement dû à un manque de temps. On note aussi qu'il est souvent réalisé trop tardivement.

Les derniers chiffres de l'observatoire départemental de la protection de l'enfance font état de 795 EPP réalisés par les sages-femmes de PMI de la Vienne en 2013. Cela représente 17 % des 4680 déclarations de grossesse du département. Dans 80 % des cas, un accompagnement par la sage-femme de PMI sera mis en place suite à l'EPP.

c. Les programmes de prévention précoce

Les services de santé mentale pour nourrissons ont été conçus aux États-Unis dans les années 1970 par Selma Fraiberg. Ils avaient pour objectif de faire face aux besoins sociaux et affectifs des nourrissons et de leur famille et de les aider à mettre en place une relation d'attachement saine.

Selma Fraiberg et ses collègues ont proposé un traitement destiné à favoriser un développement optimal du bébé, à renforcer les comportements de soins maternels et à contribuer à la sécurité des relations d'attachement parents-bébé. Les indications de ce traitement sont le plus souvent des situations de mères carencées et isolées, vivant dans des conditions socio-économiques très précaires et évitant les structures de soin. Lorsqu'un couple parent-bébé était signalé, un thérapeute rendait visite à la famille à son domicile, pour une première évaluation afin de déterminer les besoins les plus urgents. Selon les circonstances, la réponse apportée était variable : certaines familles étaient rencontrées dans le cadre d'une brève intervention de crise, puis adressées à d'autres services sociaux pour des soins plus appropriés ; d'autres se voyaient proposer une guidance de développement à court terme et un soutien pour des problèmes ou préoccupations spécifiques ; d'autres enfin s'engageaient à long terme dans un traitement intensif, centré sur les relations passées et présentes, se poursuivant parfois durant les deuxième et troisième années du bébé ⁴⁰.

Ce modèle d'intervention précoce a été évalué en 1991 par une équipe américaine ⁴¹. Cette étude portait sur 100 couples mère-enfant en situation de difficultés socio-économiques. Les bébés, âgés de un an et présentant un attachement anxieux ont été répartis en deux groupes de manière aléatoire : un groupe bénéficiant des services de thérapie en santé mentale du nourrisson et un groupe témoin. Après 12 mois d'intervention thérapeutique, chaque couple mère-bébé a participé à une évaluation approfondie du jeu de l'enfant et a été soumis à une séquence de séparation. L'empathie de la mère, le comportement du jeune enfant et la sécurité de l'attachement ont été évalués. Les résultats ont montré que l'intervention thérapeutique avait réussi à améliorer l'empathie maternelle, à diminuer les comportements évitants ou résistants chez le jeune enfant et à instaurer positivement la relation d'attachement parent-enfant.

Depuis plusieurs années, de nombreuses interventions de type médico-social, psychologique ou psycho-éducatif reposant sur le modèle thérapeutique de Selma Fraiberg ont été mises en place. Une revue de la littérature, effectuée en 2003 par Annick-Camille Dumaret, psychologue et ingénieur de recherche à l'INSERM, recense de nombreuses publications anglo-saxonnes portant sur l'évaluation des prises en charge précoces et met en évidence le manque d'études sur les effets à long terme de ces interventions en France⁴¹. Les interventions commencées en période prénatales et de durée assez longue ont des effets positifs sur le développement intellectuel et social des enfants et sur la qualité des relations parents-enfant. Cependant, l'efficacité de ces prises en charge est fortement liée à la motivation et à l'implication des parents dans les soins. Des évaluations à long terme montrent un impact positif sur le niveau scolaire des enfants et une diminution de la maltraitance^{42 43 44}.

d. Le réseau périnatal

Pour assurer une continuité de la prise en charge, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, pour être au plus près des familles, le rapport de la mission périnatalité préconise de renforcer le travail en réseau³⁷. L'une des mesures du plan périnatalité 2005-2007 instaure l'obligation de couvrir tout le territoire par des réseaux de périnatalité. Pour les auteurs :

cette coopération inter-hospitalière doit couvrir [...] l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge du risque psychosocial en amont et suivi du nouveau-né présentant notamment une déficience d'origine périnatale susceptible de développer un handicap en aval. Elle doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé, les professionnels de santé de ville et ceux exerçant dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champs médico-social et social d'autre part. La pédopsychiatrie doit également en faire partie⁴⁵.

Un cahier des charges national a été rédigé par la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour accompagner le développement des réseaux de santé⁴⁶.

Il précise leurs missions et les objectifs à atteindre :

- l'amélioration de la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés ;
- l'accessibilité pour tous à une offre de soins en périnatalité mieux connue et décloisonnée ;
- l'amélioration de la continuité et de la traçabilité de la trajectoire de la mère et de l'enfant ;
- l'optimisation des prises en charge, notamment la diminution des délais ;
- l'aide aux parents en situation de vulnérabilité à construire des liens avec leur enfant ;
- la diminution de la mortalité et de la morbidité maternelles et infantiles, la diminution de l'incidence de la prématurité, la diminution de l'incidence du handicap chez les enfants.

En 2006, les auteurs font état d'une quarantaine de réseaux périnatalité. Ceux-ci sont majoritairement inter-établissements, sans ouverture à la ville et beaucoup sont centrés sur une problématique particulière ⁴⁶.

En 2011, une enquête nationale portant sur les maternités est réalisée : 98 % des maternités appartiennent alors à un réseau périnatal formalisé régional, départemental ou de bassin de vie. Font partie du réseau : le service de PMI ou des professionnels libéraux, huit fois sur dix, et d'autres professionnels de santé, cinq fois sur dix. Cependant, les maternités continuent de prendre en charge de façon autonome le suivi prénatal dans 62 % des cas, l'EPP dans 64 % des cas et l'accompagnement à la sortie de la maternité dans 45 % des cas. Quand celui-ci s'effectue dans le cadre du réseau (32 % des cas), neuf maternités sur dix privilégient les visites à domicile effectuées par les professionnels du réseau ⁴⁷.

Le rapport final de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 conclut que

le plan a contribué à faire émerger la nécessité de la prise en charge médico-psycho-sociale : en instituant l'entretien prénatal précoce, le plan a permis de renforcer la prise en compte de l'environnement des femmes et des couples. Le renforcement du travail en réseau a permis de mieux articuler le travail des professionnels hospitaliers et des professionnels de PMI. Enfin, ces derniers ont renforcé leur place dans certains réseaux régionaux, ce qui a contribué à diffuser l'importance de la prise en charge médico-psychologique ³⁸.

Cependant, des inégalités départementales existent en fonction des bonnes volontés locales et des priorités données par les conseils généraux.

Le réseau périnatal Poitou-Charentes (RPPC) a été créé en 2002 et a connu une importante augmentation de son activité depuis la mise en place du plan périnatalité en 2005. Il s'agit d'un réseau régional, subventionné par l'agence régionale de santé (ARS). L'adhésion des professionnels est volontaire.

Les objectifs du RPPC sont :

- d'organiser la prise en charge de la grossesse en fonction des risques présentés ;
- d'améliorer le dépistage précoce d'éventuels facteurs de risques psychosociaux ;
- de prévoir les modalités de réalisation du diagnostic anténatal et d'assurer la prise en charge qui pourrait en résulter ;
- de définir en cas de nécessité les lieux d'hospitalisation des nouveau-nés ;
- d'offrir à tous les praticiens, qui ont à prendre en charge les femmes enceintes et les nouveau-nés, un ensemble de services utiles à leur information sur le plan médical et sur le plan organisationnel dans le cadre du réseau, tels que les référentiels médicaux et arbres décisionnels, des éléments de bibliographie et les formations ;
- de réaliser une évaluation annuelle de l'évolution de la mortalité et de la morbidité régionales et de disposer d'un recueil d'indicateurs concernant la santé périnatale, la santé maternelle, les facteurs de risque, les systèmes de soins ⁴⁸.

Ce réseau a été évalué en 2010 dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007 ³⁸.

Dans le département de la Vienne, les principaux résultats sont :

- une diminution continue des taux de mortalité liée à la périnatalité ;
- une amélioration des transferts et de la prise en charge de la prématurité ;
- une meilleure connaissance des attentes des couples.

L'EPP était encore très peu répandu par manque d'effectifs. En 2009, entre 150 et 200 entretiens ont été réalisés par les sages-femmes de PMI.

Selon l'étude du territoire Poitou-Charentes, faite dans le cadre de l'évaluation du plan périnatalité 2005-2007, la prise en charge des familles en situation de précarité lors de la période périnatale n'était alors pas considérée comme une priorité dans le département de la Vienne et aucun dispositif innovant dans le domaine du repérage des femmes enceintes en situation de précarité n'avait été répertorié. Cependant, en ce qui concerne les collaborations médico-psychologiques, le plan est à l'origine d'une prise de conscience de l'importance des enjeux liés à l'environnement psychologique de la grossesse.

Après la mise en place de l'EPP en 2007, les professionnels de la périnatalité de la Vienne ont fait le constat d'une absence de transmission formalisée d'information entre les professionnels du pré et du post-natal aboutissant parfois à une rupture du suivi des femmes et des couples. Ces pertes de temps et d'information, ces absences de continuité dans les prises en charge sont particulièrement préjudiciables pour les familles en situation de vulnérabilité psychosociale. Ces dysfonctionnements ont amené les professionnels de la Vienne à réfléchir à la mise en place d'un partenariat entre les maternités, les services de PMI, de l'ASE, de l'action sociale et les instances judiciaires en charge de la protection de l'enfance.

La description et l'évaluation de ce protocole, mis en place en 2013, vont faire l'objet de la deuxième partie de cette thèse.

B. Description et évaluation du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal

1. Introduction

Suite à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, le réseau périnatal Poitou-Charentes a mis en place un groupe de travail sur l'entretien prénatal précoce. Les objectifs étaient d'améliorer et d'harmoniser les pratiques régionales en proposant aux professionnels des formations, des outils de travail et des recommandations de bonnes pratiques. Une fiche de synthèse a été élaborée. Elle permet de transmettre les éléments recueillis au cours de l'entretien aux professionnels ayant adressé la patiente à la sage-femme et aux professionnels relais. Elle est remplie avec l'accord de la patiente ou du couple et résume les renseignements d'ordre général concernant la mère (âge, parité, terme de la grossesse, professionnels qui en assurent le suivi...), synthétise l'entretien et cite les professionnels relais éventuellement sollicités à l'issue de celui-ci. Elle permet d'orienter le couple et d'activer un réseau de proximité personnalisé.

Une enquête régionale sur l'entretien prénatal précoce a été menée en 2010 auprès des sages-femmes libérales, salariées et de PMI. Selon les résultats, la formation à l'EPP est bien suivie et une grande majorité des sages-femmes réalisent cet entretien. Cependant, les méthodes d'accompagnement sont assez disparates et les retours d'information vers les professionnels ayant orienté la future mère vers la sage-femme et vers les professionnels ressources sont généralement informels. Un quart des professionnels ne remplissent pas la fiche de synthèse et la moitié, pas de façon systématique. Environ un professionnel sur cinq estime ne pas avoir les ressources nécessaires pour orienter les femmes en cas de vulnérabilité sociale et psychologique ⁴⁹.

Dans le département de la Vienne, les professionnels de la PMI ont fait le constat d'un manque de continuité dans la prise en charge des femmes en situation de vulnérabilité. Certaines informations connues par les professionnels du prénatal n'étaient pas transmises suite à la naissance de l'enfant, ou l'étaient de façon informelle. Les familles étaient parfois confrontées à des ruptures de suivi ou à des ruptures relationnelles pouvant constituer une véritable maltraitance institutionnelle.

Un groupe de travail réunissant les professionnels de la PMI, de l'ASE, du service social, des maternités a été constitué en 2012 pour améliorer la prise en charge des enfants à naître en risque de danger et des futurs parents. Pour permettre une meilleure coordination entre les professionnels intervenant pendant la grossesse et durant les premières années de vie de l'enfant, un protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal a été mis en place début 2013, en accord avec le procureur de la République.

Les professionnels impliqués sont répartis sur tout le département et n'ont pas une vision globale du fonctionnement réel du dispositif. Il était donc intéressant de faire un bilan pour mettre en évidence le travail effectué dans le cadre de ce protocole et les améliorations que l'on peut y apporter.

Ceci était d'autant plus important que, même si d'autres types de partenariat existent, il n'y a pas, à ce jour, de dispositif identique dans d'autres départements.

L'objectif de cette étude était de faire une analyse descriptive du fonctionnement de ce protocole après un an d'expérimentation dans le département de la Vienne.

2. Fonctionnement du protocole

2.1. Pendant la grossesse

Les sept sages-femmes de PMI de la Vienne reçoivent toutes les déclarations de grossesse de leur territoire d'intervention. À partir de ces déclarations, elles peuvent repérer les situations de vulnérabilité et proposer aux futurs parents un accompagnement personnalisé. De plus, les maternités et les professionnels intervenant en périnatalité peuvent les informer des situations inquiétantes concernant un enfant à naître.

La sage-femme propose alors à la femme ou au couple de réaliser un entretien prénatal précoce ainsi que de suivre des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Dans ce cadre, elle peut être amenée à repérer des facteurs de vulnérabilité.

Un guide technique de l'information préoccupante a été rédigé par le service de l'ASE du département de la Vienne suite à l'instauration de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. Dans ce guide sont répertoriés, de façon non exhaustive, des indicateurs de risque de danger pour l'enfant. Pris isolément, ils ne sont pas forcément révélateurs d'une situation de risque, mais les professionnels doivent être vigilants en présence de plusieurs de ces facteurs.

Parmi ceux-ci, certains peuvent être repérés dès la grossesse :

- grossesse non ou mal suivie ;
- déclaration tardive de grossesse, grossesse non déclarée ;
- déni de grossesse, grossesse non désirée, non acceptée ;
- mère très jeune ou grossesses rapprochées ;
- primipare âgée ;
- pathologie psychiatrique de la mère et/ou du père ;
- déficience intellectuelle de la mère et/ou du père ;
- grossesse issue d'un viol ;

- grossesse vécue comme difficile ;
- absence de projet pour l'enfant à naître ;
- antécédents obstétricaux, fausses couches, avortements spontanés ou provoqués, hospitalisation pendant la grossesse ;
- demande d'interruption volontaire de grossesse non réalisée quelle qu'en soit la raison ;
- violences conjugales ;
- difficultés sociales : situation d'isolement, de rupture affective de la mère pendant la grossesse, absence de domicile fixe ou mauvaises conditions d'hébergement, conditions de vie entraînant une fatigue excessive, absence de couverture sociale...

En cas de situation inquiétante, et après information des parents, les professionnels concernés se réunissent pour échanger et coordonner leurs actions. Il s'agit de réunions de synthèse organisées par le professionnel ayant observé des indicateurs de danger et permettant de rassembler les informations et les observations des différents intervenants. Les préconisations sont faites à l'issue des « commissions d'évaluation pluridisciplinaires » (CEP) réunissant les professionnels de la PMI, de l'ASE, du service de l'action sociale et, en cas de besoin, des intervenants extérieurs.

Selon la gravité du danger, il peut être décidé de rédiger « une information potentiellement préoccupante » (IPP) qui sera transmise à la cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP). Toute personne ayant connaissance de risques de danger pour un enfant à naître peut également transmettre une IPP à la CRIP ou aux professionnels médico-sociaux. S'il est décidé de ne pas rédiger d'IPP, la CRIP n'est pas informée de la situation.

L'IPP est transmise au procureur pour information et devient une « information préoccupante » (IP). Cependant, aucune décision ne peut être prise avant la naissance de l'enfant.

On distingue donc, au sein de ce protocole, deux circuits de prise en charge en fonction de la gravité du danger :

- un circuit de traitement des informations préoccupantes ;
- un circuit de prise en charge préventive des informations préoccupantes.

Pour faciliter la compréhension nous nommerons le premier « protocole sans IPP », le second « protocole avec IPP ». Ces deux circuits sont schématisés en annexes 1 et 2.

Le référent de la situation (le plus souvent la sage-femme de PMI) rédige une « fiche de liaison » (annexe 3) pour informer la maternité où va avoir lieu l'accouchement. Celle-ci contient, dans une première partie, les identités des référents de la situation et de la maternité, celles des parents, la problématique rencontrée, les ressources des futurs parents, leur adhésion, les noms des différents intervenants durant la grossesse et le projet de prise en charge après la naissance.

Une deuxième partie intitulée « Observation pendant le séjour à la maternité » permet le recueil d'éléments précis à observer par les professionnels :

- la relation mère-enfant ;
- la santé de l'enfant, l'allaitement ;
- la relation père-enfant ;
- la prise en charge matérielle de l'enfant ;
- l'attitude de la mère envers les professionnels, son humeur ;
- l'attitude du père ;
- l'adhésion des parents aux propositions d'accompagnement ;
- l'entourage.

Un guide pratique du traitement des situations préoccupantes en prénatal a été rédigé à destination des professionnels intervenant auprès des futurs parents. Il répertorie les indicateurs de risques pouvant être repérés à la maternité (annexe 4).

2.2. À la naissance de l'enfant

La maternité informe rapidement la CRIP de la naissance de l'enfant dans le cadre du protocole avec IPP ou le secrétariat central du service de PMI s'il n'y a pas eu de rédaction d'IPP. Elle leur transmet ensuite la fiche de liaison remplie pendant le séjour.

La CRIP, au vu des éléments contenus dans l'IPP et des observations faites à la maternité, transmet ces données soit à la maison départementale des solidarités (MDS) pour information et traitement, soit au procureur et/ou au juge des enfants.

Dans le cas d'une transmission de la CRIP à la MDS, ou en l'absence de rédaction d'une IPP prénatale, le médecin de PMI et le responsable de la MDS, après analyse pluridisciplinaire, décident de l'orientation :

- mise en place d'un accompagnement médico-social ;
- évaluation de la situation ;
- classement de la procédure ;
- passage de la situation en commission ASE en vue d'une mesure administrative ou d'une saisine de l'autorité judiciaire.

Dans les cas les plus graves, et en dehors des heures d'ouverture de la CRIP, la maternité informe directement le procureur de la République de la situation.

Les parents sont avertis de la rédaction d'une IPP et de sa transmission aux autorités judiciaires.

3. Méthodes

3.1. Méthodes de sélection

Notre étude a porté sur l'année 2013, qui correspond à la première année de mise en place du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal.

Nous y avons inclus les femmes domiciliées pendant leur grossesse dans le département de la Vienne, ayant accouché entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2013 et pour lesquelles une fiche de liaison à destination de la maternité a été rédigée.

Il s'agissait de la maternité où était prévu l'accouchement, celle-ci pouvant se situer dans un département limitrophe. Les maternités de la Vienne sont au nombre de 3 : la maternité du CH de Châtellerault, la maternité du CHU et la clinique du Fief de Grimoire de Poitiers.

Nous avons exclu de l'étude une femme domiciliée en Indre-et-Loire pour laquelle une fiche de liaison avait été transmise à la clinique du Fief de Grimoire. Bien qu'ayant accouché dans le département, la transmission de l'IPP et le suivi post-natal ont été effectués dans le département voisin. Une femme ayant accouché sous X a aussi été exclue de l'étude.

3.2. Méthodes d'observation

a. Description de la population et du déroulement de la grossesse

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective qui porte sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes de l'échantillon et de leur entourage et sur le déroulement de la grossesse.

Cette enquête a nécessité un recueil de données après consultation :

- des fiches de liaisons remplies par l'équipe prénatale et les maternités. Celles-ci ont été recueillies auprès du secrétariat central de la PMI, des référents des maternités et des sages-femmes référentes ;
- des IPP centralisées à la CRIP ;

- des certificats de santé du 8^e jour des enfants dont les mères ont fait partie du protocole, par l'intermédiaire du logiciel informatique Horus.

Les résultats obtenus ont été encodés dans un tableau grâce au logiciel Microsoft Excel®.

Nous avons décrit les deux protocoles (avec et sans IPP) séparément.

Certains résultats du protocole ont été comparés aux données de l'enquête nationale périnatale de 2010 ³⁹. Cette enquête a été mise en œuvre par la Direction générale de la santé (DGS), la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et l'Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants (Unité 953) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les services départementaux de PMI y ont également participé. Il s'agit d'un recueil d'informations sur l'état de santé et les soins périnataux constitué à partir d'un échantillon comprenant toutes les naissances survenues pendant une semaine dans l'ensemble des départements français. Cette enquête périnatale fait suite à celles de 1995, 1998 et 2003. Son objectif est de décrire l'état de santé des enfants, les soins qui leur sont prodigués et les caractéristiques des mères en 2010 ainsi que leur évolution depuis 2003.

Pour effectuer cette comparaison, nous avons utilisé le test exact de Fisher.

b. Description du déroulement du protocole

Nous avons mené une étude descriptive rétrospective des deux circuits de prise en charge des situations préoccupantes, en nous appuyant sur les données des fiches de liaison et des IPP. Pour chaque situation, nous avons répertorié les motifs d'inquiétude mentionnés par le référent.

Nous avons relevé les préconisations de prise en charge à la naissance de l'enfant faites par l'équipe de PMI et par les professionnels des maternités.

c. Devenir des enfants et des familles

Pour évaluer l'impact du dispositif sur le devenir des enfants et des familles, nous avons suivi la cohorte des bébés en 2013, jusqu'en août 2014. Nous avons étudié le développement et la santé des enfants ainsi que les mesures de protection prononcées à leur égard. Ces informations ont été recueillies auprès des médecins et des puéricultrices de PMI à partir d'un questionnaire (annexe 5).

Nous avons ensuite comparé les préconisations de prise en charge en anténatal avec les suites données à la naissance de l'enfant.

d. Analyse des mesures de protection prononcées avant et après la mise en place du protocole

En août 2014, une requête a été effectuée auprès de la CRIP afin de recenser toutes les mesures de protection judiciaires et administratives du département concernant les enfants nés en 2012 et en 2013. Nous avons étudié les mesures prononcées chez des enfants de moins de trois mois et chez des enfants de moins de huit mois.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux enfants nés en 2013 ayant bénéficié d'une mesure de protection judiciaire et dont la mère n'a pas fait partie du protocole pendant sa grossesse. Pour ce faire, nous avons utilisé le fichier anonymisé des mesures de protection, fourni par la CRIP, et nous avons fait une recherche par numéro de dossier dans le logiciel informatique Iodas. Nous avons interrogé les sages-femmes de PMI pour savoir si elles avaient connaissance de ces situations en anténatal.

4. Résultats

Au cours de l'année 2013, 46 fiches de liaison ont été envoyées aux maternités de la Vienne. Cela représente 0,97 % des 4 727 naissances enregistrées dans le département la même année. 2 fiches de liaison ont été exclues : l'une concernait un accouchement sous X et l'autre a été transmise à un département voisin. Notre population était donc constituée de 44 situations. Il s'agissait de fiches de liaison « simples » dans 29 cas et de fiches de liaison associées à la rédaction d'une IPP dans les 15 autres cas.

Les résultats sont présentés en quatre parties.

Nous décrirons dans un premier temps les caractéristiques socio-démographiques des parents et le déroulement de la grossesse. Nous comparerons certaines données à celles de l'enquête nationale périnatale menée en 2010.

Dans une deuxième partie, nous analyserons le fonctionnement du circuit de prise en charge et de traitement des situations préoccupantes.

La troisième partie portera sur le devenir des enfants ayant bénéficié du protocole.

Enfin, nous étudierons l'impact de la mise en place du protocole sur les mesures de protection prononcées.

4.1. Description de la population et du déroulement de la grossesse

a. Dans le cadre du protocole avec IPP

Caractéristiques des mères

- Âge des femmes au moment de l'accouchement

La moyenne était de 27 ans avec des âges allant de 15 à 39 ans. Les mineures étaient au nombre de 2 (13,3 %).

- Antécédent de pathologie psychiatrique

8 femmes (53,3 %) présentaient une pathologie psychiatrique : 5 avaient une pathologie psychotique, 3 souffraient d'un trouble du comportement ou de la personnalité, associé à un syndrome dépressif pour l'une d'entre elles. Les trois quarts n'étaient pas traitées.

- Déficience intellectuelle

8 femmes (53,3 %) étaient déficientes intellectuelles.

- Antécédent de prise en charge par le service de l'ASE

4 femmes (26,6 %) ont bénéficié de mesures judiciaires de protection avant leur majorité. Il s'agissait de 4 placements judiciaires.

Caractéristiques des pères

Nous n'avons pas pu recueillir d'éléments concernant le père de l'enfant dans 3 situations. Parmi les 12 pères connus - tous avaient plus de 18 ans -, 3 (25 %) avaient été placés durant leur minorité, 3 (25 %) souffraient d'une pathologie psychiatrique nécessitant un suivi médical et un autre (8,3 %) présentait une déficience intellectuelle.

Situation du couple et de la fratrie

- Situation familiale

Dans 12 situations (80 %), les femmes vivaient en couple. Dans 11 cas (73,3 %), elles vivaient avec le père de l'enfant. Il s'agissait du premier enfant pour 6 femmes (40 %). 8 couples avaient déjà eu des enfants, qui étaient tous placés.

- Situation professionnelle

Aucune femme n'avait de profession pendant la grossesse, 5 pères (41,6 % des pères connus) étaient actifs au moment de la naissance.

- Situation sociale

Dans 13 situations (86,7 %), il existait des difficultés socio-économiques. Le couple ou la femme avait un logement personnel en fin de grossesse dans 12 cas (80 %). Ils étaient hébergés dans la famille dans 2 cas (13,3 %) et dans un foyer dans 1 cas (6,6 %).

Déroulement de la grossesse

- Déclaration de grossesse

Il manquait l'information dans 3 situations. Parmi les 12 autres situations, 9 femmes (75 %) ont déclaré leur grossesse au premier trimestre, 2 (16,6 %) au deuxième trimestre et 1 (8,3 %) au troisième trimestre.

- Préparation à la naissance et à la parentalité

12 femmes (80 %) ont bénéficié de séances de préparation à la naissance, 3 (20 %) ont refusé.

- Suivi pendant la grossesse

Il s'agissait d'une grossesse non désirée dans 2 situations (13,3 %), suivie de façon irrégulière dans 4 cas (26,6 %) et peu investie dans 5 cas (33,3 %). 6 femmes (40 %) ont bénéficié d'un suivi par un psychiatre ou un psychologue durant la grossesse. Elles présentaient toutes une pathologie psychiatrique. 2 autres femmes présentant elles aussi une pathologie psychiatrique ont refusé toute prise en charge psychiatrique.

- Complications de la grossesse

Aucune femme n'a présenté de pathologie spécifique à la grossesse.

- Tabagisme et éthyisme

5 femmes (33,3 %) ont déclaré avoir consommé du tabac durant la grossesse. Aucune n'a déclaré avoir consommé de l'alcool.

- Âge gestationnel

L'âge gestationnel moyen était de 39,3 semaines d'aménorrhée (SA) avec des valeurs comprises entre 36 et 41 SA. 1 enfant (6,6 %) est né prématurément à 36 SA.

- Poids de naissance de l'enfant

La moyenne était de 3 098,2 g avec des valeurs comprises entre 2 285 et 3 840 g.

- Durée de séjour

Dans 11 situations (84,6 % des 13 situations pour lesquelles l'information est connue), elle est supérieure à la durée moyenne de séjour de la population de l'enquête nationale périnatale menée en 2010, qui était de 4,4 jours.

b. Dans le cadre du protocole sans IPP

Caractéristiques des mères

- Âge des femmes au moment de l'accouchement

La moyenne était de 26 ans avec des âges allant de 15 à 46 ans. Les mineures étaient au nombre de 6 (20,7 %).

- Antécédent de pathologie psychiatrique

5 femmes (17,2 %) présentaient une pathologie psychiatrique : 2 (6,9 %) d'entre elles ont été diagnostiquées psychotiques, 2 avaient un antécédent de dépression, 1 (3,4 %) souffrait d'un trouble de la personnalité.

2 femmes (6,9 %) présentaient des troubles non diagnostiqués pour lesquels une expertise psychiatrique a été demandée.

- Déficience intellectuelle

7 femmes (24,1 %) étaient déficientes intellectuelles.

- Antécédent de prise en charge par le service de l'ASE

5 femmes (17,2 %) avaient bénéficié de mesures judiciaires de protection avant leur majorité. Il s'agissait de 4 placements et d'une AEMO.

Caractéristiques des pères

Nous n'avons pas pu recueillir d'éléments concernant le père de l'enfant dans 6 situations (20,7 %).

Parmi les 23 pères connus, 1 (4,3 %) était mineur, 1 présentait une pathologie psychiatrique (dépression), 5 (21,7 %) étaient déficients intellectuels ; aucun n'avait bénéficié de mesure de protection judiciaire.

Situation du couple et de la fratrie

- Situation familiale

Dans 22 situations (75,8 %), les femmes vivaient en couple. Dans 21 cas (72,4 %), elles vivaient avec le père de l'enfant. Les femmes mariées étaient au nombre de 4 (13,8 %). Il

s'agissait du premier enfant pour 16 femmes (55,2 %). Parmi les 13 couples ayant déjà eu des enfants, 6 avaient des enfants placés (46,1 %) et 1 (7,7 %) bénéficiait d'une évaluation suite à une IP.

- Situation professionnelle

6 femmes (20,7 %) ont exercé une profession pendant leur grossesse. Dans 14 situations (48,3 %), le père était actif au moment de la naissance.

- Situation sociale

Dans 20 situations (68,9 %), il existait des difficultés socio-économiques. En fin de grossesse, 8 femmes (27,6 %) n'avaient pas de logement personnel : 7 vivaient chez un membre de la famille (24,1 %) et 1 en foyer (3,4 %).

Déroulement de la grossesse et séjour à la maternité

- Déclaration de grossesse

Il manquait l'information pour 4 patientes. Parmi les 25 autres situations, 22 femmes (88 %) ont déclaré leur grossesse au premier trimestre, 3 (12 %) au deuxième trimestre.

- Préparation à la naissance et à la parentalité

28 femmes (96,6 %) ont bénéficié de séances de préparation à la naissance, 1 (3,4 %) a refusé.

- Suivi pendant la grossesse

Il s'agissait d'une grossesse suivie de façon irrégulière dans 5 cas (17,2 %), non désirée dans 9 situations (31 %), et peu investie dans 4 cas (13,8 %). 7 femmes (24,1 %) ont bénéficié d'un suivi par un psychiatre ou un psychologue durant la grossesse. 6 d'entre elles présentaient une pathologie psychiatrique, 1 était exposée à des conflits familiaux. 1 femme psychotique a refusé tout suivi.

- Complications de la grossesse

4 femmes (13,8 %) ont présenté une pathologie au cours de la grossesse (une hypertension artérielle, une pré-éclampsie, un placenta prævia et un diabète gestationnel).

- Tabagisme et éthylisme

10 femmes (34,5 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool ou du tabac durant leur grossesse.

- Âge gestationnel

La moyenne était de 39,3 semaines d'aménorrhée (SA) avec des valeurs comprises entre 38 et 41 SA. Il n'y a pas eu de naissance prématurée.

- Poids de naissance de l'enfant

Le poids moyen était de 2 972 g avec des valeurs comprises entre 2 100 et 3 830 g.

- Durée de séjour

Il manquait l'information dans 7 cas. Elle était en moyenne de 6 jours. Dans 17 situations (77,3 %), elle était supérieure à la durée moyenne de séjour issue de l'enquête périnatale 2010 qui était de 4,4 jours.

c. Comparaison avec les données de l'enquête nationale périnatale 2010

Nous avons comparé certaines données portant sur l'ensemble de notre population avec celles issues de l'enquête nationale périnatale menée en 2010. La comparaison des caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble des femmes incluses dans le protocole est présentée dans le tableau I, la comparaison du déroulement de la grossesse, dans le tableau II.

Tableau 1 : Comparaison des caractéristiques socio-démographiques des femmes incluses dans le protocole et de celles issues de l'enquête nationale périnatale de 2010

	Enquête portant sur le protocole 2013		Enquête nationale périnatale 2010		p
	%	n	%	n	
Âge des femmes		44		14 401	
< 20 ans	22,7	10	2,5	358	< 0,001
≥ 20 ans	77,3	34	97,5	14 043	
< 35 ans	84,1	37	80,8	11 640	NS
≥ 35 ans	15,9	7	19,2	2 761	
Gestité		44		14 515	
0	47,7	21	32,9	4 771	NS
≥ 0	52,3	23	67,1	9 744	
< 4	79,5	35	91,8	13 324	< 0,05
≥ 4	20,5	9	8,2	1 191	
Parité		44		14 499	
0	50,0	22	44,1	6 396	NS
≥ 0	50,0	22	55,9	8 103	
< 4	86,4	38	97,2	14 099	< 0.05
≥ 4	13,6	6	2,8	400	
Mariée		44		13 979	
Oui	9,1	4	47,3	6 610	< 0,001
Non	90,9	40	52,7	7 369	
Vie en couple		44		14 000	
Oui	77,5	34	92,8	12 985	< 0,05
Non	22,7	10	7,3	1 015	
Logement personnel en fin de grossesse		44		13 893	
Oui	75	33	93	12 920	< 0,001
Non	25	11	7	973	
Exerce un emploi pendant la grossesse		44		14 103	
Oui	13,6	6	70,2	9 898	< 0,001
Non	86,4	38	29,8	4 205	
Compagnon exerce un emploi au moment de la naissance		35		13 467	
Oui	54,3	19	88,1	11 858	< 0,001
Non	45,7	16	11,9	1 609	

Tableau II : Comparaison du déroulement de la grossesse des femmes incluses dans le protocole et de celles issues de l'enquête nationale périnatale de 2010

	Enquête portant sur le protocole 2013		Enquête nationale périnatale 2010		p
	%	n	%	n	
Déclaration de grossesse au premier trimestre		37		13 775	
Oui	83,8	31	92,2	12 703	NS
Non	16,2	6	7,8	1 072	
Préparation à la naissance		44		13 982	
Oui	90,1	40	48	6 717	< 0,001
Non	0,9	4	52	7 265	
Prématurité (< 37 semaines)		44		14 832	
Oui	2,3	1	7,4	1 092	NS
Non	97,7	43	92,6	13 740	
Poids de naissance < 2 500 g		41		14 842	
Oui	17,1	7	7,1	1 052	< 0,05
Non	82,9	34	92,9	13 790	

4.2. Description du déroulement des protocoles

a. Le protocole avec IPP

Secteurs géographiques concernés

- Châtelleraut Nord : 5
- Châtelleraut Sud : 4
- Poitiers : 2
- Fontaine-le-Comte : 1
- Montmorillon : 1
- Civray : 1
- Loudun : 0
- Chauvigny : 0
- Jaunay-Clan : 0

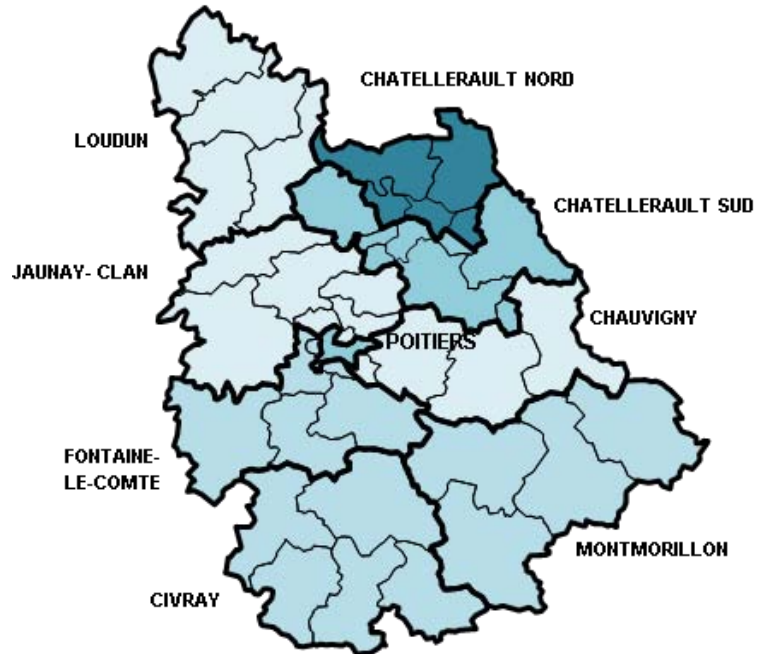


Figure 1 - Répartition géographique des situations du protocole avec IPP

Rédaction et transmission des fiches de liaison aux maternités

Toutes les fiches de liaison ont été rédigées par une sage-femme, en moyenne 41,6 jours avant le terme théorique. Ce délai est compris entre 21 et 99 jours.

- 6 fiches de liaison ont été adressées à l'assistante sociale de la maternité du CHU qui était l'interlocutrice référente pour les accouchements au CHU de Poitiers.
- 8 fiches de liaison ont été adressées à la sage-femme cadre de la maternité de l'hôpital de Châtelleraut.
- 1 fiche de liaison a été adressée aux deux maternités.

L'accouchement a eu lieu dans la maternité prévue dans 13 cas (86,7 %). Un accouchement s'est déroulé à domicile et un accouchement prévu à la maternité de Châtelleraut a eu lieu au CHU.

Rédaction des IPP

Au vu des éléments observés lors de l'accompagnement prénatal, 15 IPP concernant l'enfant à naître ont été rédigées. Dans 13 cas, l'auteur est une sage-femme de PMI, associée à une assistante sociale dans 2 cas et à un médecin gynécologue de PMI dans 1 cas. Une IPP prénatale a été rédigée par un juge des tutelles et une par un psychiatre. En moyenne, les IPP sont rédigées 55,9 jours avant le terme théorique de l'enfant, avec des délais compris entre 20 et 170 jours.

Motifs d'inquiétude justifiant la rédaction des fiches de liaison et des IPP

Les motifs d'inquiétude ayant amené à la rédaction d'une IPP et d'une fiche de liaison à destination des maternités sont présentés par ordre de fréquence dans le tableau III.

Tableau III : Motifs d'inquiétude en prénatal signalés sur l'IPP et la fiche de liaison

Difficultés socio-économiques	86,6 %
Antécédent de placement dans la fratrie	60,0 %
Pathologie psychiatrique chez la mère	53,3 %
Déficience intellectuelle chez la mère	53,3 %
Immaturité de la mère	33,3 %
Grossesse peu investie	33,3 %
Grossesse peu suivie	26,7 %
Isolement du couple ou de la mère	26,7 %
Antécédent de mesure judiciaire de protection en faveur de la mère	26,7 %
Antécédent de mesure judiciaire de protection en faveur du père	20,0 %
Pathologie psychiatrique chez le père	20,0 %
Déficience intellectuelle chez le père	6,60 %

Le nombre de motifs d'inquiétude pour une même situation est en moyenne de 4,5 avec la répartition suivante :

- 7 motifs pour 1 situation ;
- 6 motifs pour 2 situations ;
- 5 motifs pour 5 situations ;
- 4 motifs pour 4 situations ;
- 3 motifs pour 1 situation ;
- 2 motifs pour 2 situations.

Projets de prise en charge après la naissance

Les projets de prise en charge après la naissance préconisés par les professionnels de PMI sont :

- 2 placements judiciaires ;
- 7 mesures judiciaires d'investigation éducative ;
- 1 prise en charge en unité mère-bébé ;
- 1 accueil dans un dispositif parents-enfants ;
- 3 évaluations de la situation par l'équipe médico-sociale ;
- 2 évaluations psychologiques ;
- 6 accompagnements par l'équipe de PMI et par une TISF.

Dans certains cas, plusieurs mesures ont été proposées pour une même situation.

Les mesures judiciaires représentent 57,1 % des préconisations.

Observations à la maternité

13 fiches de liaison ont été remplies par le personnel des maternités. Elles ont été transmises à la CRIP dans un délai moyen de 4 jours après la naissance. Une nouvelle observation a été rédigée 3 jours après la première, dans 2 situations.

Les 2 fiches non remplies concernaient des naissances ayant eu lieu au premier trimestre 2013. Pour l'une d'elles, le recueil a été effectué sur un autre document qui a été transmis à la CRIP.

Suite à l'évaluation de la situation lors du séjour à la maternité, les préconisations de prise en charge étaient les suivantes :

- 2 placements judiciaires ;
- 3 mesures judiciaires d'investigation éducative ;
- 2 prises en charge en unité mère-bébé ;
- 2 accueils dans un dispositif parents-enfants ;
- 4 évaluations de la situation par l'équipe médico-sociale ;
- 2 évaluations psychologiques ;
- 4 accompagnements par l'équipe de PMI et par une TISF.

b. Le protocole sans IPP

Secteurs géographiques concernés

- Poitiers : 9
- Montmorillon : 7
- Fontaine-le-Comte : 6
- Civray : 3
- Châtelleraut Nord : 2
- Loudun : 1
- Chauvigny : 1
- Châtelleraut Sud : 0
- Jaunay-Can : 0

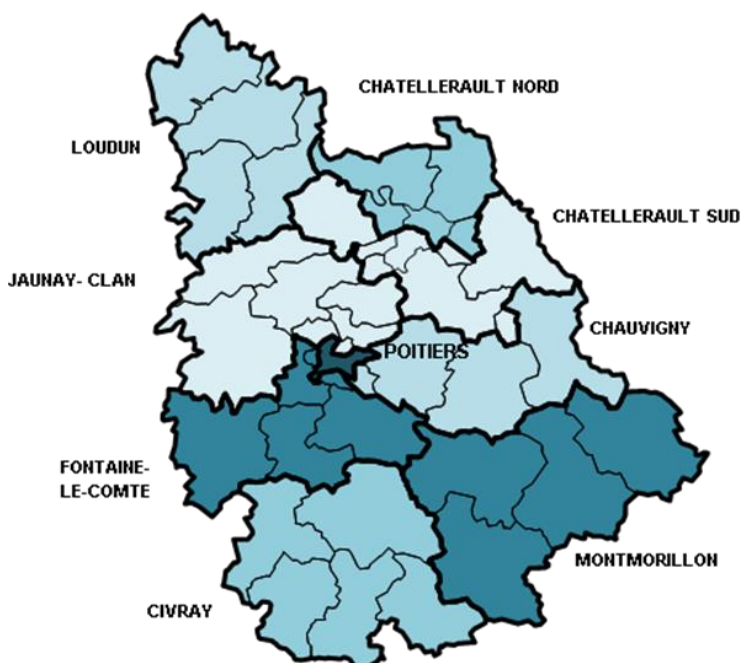


Figure 2 - Répartition géographique des situations du protocole sans IPP

Rédaction et transmission des fiches de liaison aux maternités

Toutes les fiches de liaison ont été rédigées par une sage-femme, en moyenne 30,8 jours avant le terme théorique. Ce délai est compris entre 6 et 61 jours.

- 24 fiches de liaison ont été adressées à l'assistante sociale de la maternité du CHU qui était l'interlocutrice référente pour les accouchements au CHU de Poitiers.
- 3 fiches de liaison ont été adressées à la maternité de l'hôpital de Châtellerauld : 2 à la sage-femme cadre et 1 à une sage-femme de consultation.
- 1 fiche de liaison a été adressée à un gynécologue obstétricien de la clinique du Fief de Grimoire.
- 1 fiche de liaison a été adressée à la sage-femme cadre d'une maternité de Tours.

L'accouchement a eu lieu dans la maternité prévue dans 27 cas (93,1 %). L'accouchement prévu à Tours s'est déroulé à domicile et un accouchement prévu au CHU a eu lieu hors département.

Motifs d'inquiétude justifiant la rédaction des fiches de liaison

Les motifs d'inquiétude ayant amené à la rédaction d'une fiche de liaison à destination des maternités sont présentés par ordre de fréquence dans le tableau IV.

Tableau IV : Motifs d'inquiétude en prénatal signalés sur la fiche de liaison

Difficultés socio-économiques	65,5 %
Immaturité de la mère	41,4 %
Antécédent de placement dans la fratrie	24,1 %
Pathologie psychiatrique chez la mère avérée ou suspectée	24,1 %
Antécédent de placement dans la fratrie	24,1 %
Déficience intellectuelle chez la mère	24,1 %
Isolement du couple ou de la mère	20,7 %
Antécédent de mesure judiciaire de protection en faveur de la mère	17,2 %
Déficience intellectuelle chez le père	17,2 %
Grossesse peu suivie	17,2 %
Grossesse peu investie	13,8 %
Père mineur	3,4 %
Pathologie psychiatrique chez le père	3,4 %

Le nombre de motifs d'inquiétude pour une même situation est en moyenne de 2,7 avec la répartition suivante :

- 4 motifs pour 7 situations ;
- 3 motifs pour 8 situations ;
- 2 motifs pour 13 situations ;
- 1 motif pour 1 situation (déficience intellectuelle).

Projets de prise en charge après la naissance

Au vu des éléments observés lors de l'accompagnement prénatal, les projets de prise en charge après la naissance préconisés par les professionnels de PMI sont :

- 2 mesures judiciaires. Dans un cas, la situation n'a pas pu être évaluée en prénatal par refus des parents de rencontrer les professionnels de la PMI, dans l'autre cas, une saisine de l'autorité judiciaire pour mesure éducative a été préconisée au vu des antécédents de placement dans la fratrie ;
- 3 prises en charge en unité mère-bébé ;
- 16 interventions d'une TISF ;
- 29 suivis par l'équipe de PMI ;
- 5 suivis psychologiques ;
- 3 suivis sociaux.

On note aussi la préconisation d'une contraception par stérilet ou implant dans 6 cas.

Observations à la maternité

22 fiches de liaison ont été remplies par le personnel des maternités. Elles ont été transmises au secrétariat central de la PMI dans un délai moyen de 7,2 jours après la naissance.

7 fiches de liaison n'ont pas été remplies :

- dans 2 cas, l'accouchement n'a pas eu lieu dans la maternité prévue ;
- dans 1 cas, les observations ont été transmises à la CRIP sur un autre document ;
- dans 4 cas, il s'agissait du début de la mise en place du protocole (premier trimestre 2013).

Comparaison des motifs d'inquiétude entre les deux protocoles

Le nombre de motifs d'inquiétude est au moins égal à 3 dans 13 situations parmi les 15 que compte le protocole avec IPP (86,6 %) et dans 14 des 29 situations du protocole sans IPP (48,3 %). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

4.3. Description du devenir des familles

a. Dans le cadre du protocole avec IPP

Mesures de protection

Au 19 août 2014, chacun des 15 enfants a bénéficié d'une ou de plusieurs mesures de protection :

- 8 enfants ont été placés. 1 mesure a été prononcée suite à une MJIE, 1 fait suite à un accueil administratif et 1 a été prononcée après une prise en charge de 10 semaines en unité mère-bébé. Dans 6 cas, une TISF intervient lors des droits de visite ;
- 9 MJIE ont été prononcées dont 4 en même temps qu'un placement. 3 MJIE ont donné lieu à une AEMO, 1 MJIE est en cours ;
- 5 enfants bénéficient de l'intervention d'une TISF.

Un placement a été prononcé hors département de la Vienne. Sur les 7 mesures de placement prononcées dans le département, 5 ont eu lieu dans les 15 jours suivant la naissance de l'enfant (71,4 %).

Suivi PMI

Un suivi PMI a été mis place dès la sortie de la maternité dans 7 des 8 situations où l'enfant est rentré à domicile.

En août 2014, le suivi PMI était encore en cours dans 5 des 7 situations. Parmi ces 5 enfants, 3 présentaient un retard de développement.

Comparaison des suites envisagées par l'équipe de PMI et des suites données

Nous avons comparé les suites envisagées par l'équipe de PMI au moment de la rédaction de l'IPP et celles préconisées par la maternité avec les suites effectivement données après la naissance de l'enfant (annexe 6).

Dans 14 situations (93,3 %), il y a une concordance entre les suites envisagées en prénatal et les mesures mises en place après la naissance de l'enfant.

Dans 1 situation, l'enfant a été placé à l'âge de 10 semaines après une évaluation en UMB. Cette hospitalisation avait été préconisée à l'issue du séjour à la maternité. L'équipe de PMI, quant à elle, avait préconisé un étayage par les professionnels de PMI et par une TISF.

b. Dans le cadre du protocole sans IPP

Mesures de protection

Au 19 août 2014, 11 enfants (37,9 %) sont concernés par des mesures de protection :

- 1 enfant a été placé à 3 mois, suite à un accueil administratif, une TISF intervient lors des droits de visite ;
- 3 MJIE ont été prononcées, une a été conclue par un non-lieu, les 2 autres sont en cours et associées à l'intervention d'une TISF ;
- 1 enfant a bénéficié d'une AEMO associée à l'intervention d'une TISF ;
- 2 MJAGBF ont été prononcées ;
- 4 enfants bénéficient de l'intervention d'une TISF sans autre mesure.

Suivi PMI

25 enfants (86,2 %) ont bénéficié d'un suivi à domicile par une puéricultrice à la sortie de la maternité, associé à un suivi en consultation par le médecin de PMI dans 21 cas (72,4 %). 1 famille a refusé le suivi PMI, 1 mère a été prise en charge avec son enfant à l'UMB et 2 familles ont été perdues de vue.

En août 2014, 20 enfants (68,9 %) étaient toujours suivis par les professionnels de la PMI. 2 présentaient un retard de développement.

Comparaison des suites envisagées par l'équipe de PMI et des suites données

Dans 27 situations (93,1 %), on observe une concordance entre les suites envisagées par l'équipe de PMI et les suites données.

Une situation n'a pas pu être évaluée en prénatal, la famille refusant l'intervention des professionnels de PMI. L'IPP initialement prévue n'a finalement pas été rédigée faute d'éléments observés. Suite au séjour à la maternité, une hospitalisation en UMB a été proposée pour poursuivre l'évaluation. Un accueil administratif a été mis en place à la fermeture estivale de l'UMB. L'AA ne permettant pas d'assurer la sécurité du bébé, celui-ci a finalement été placé à 10 semaines de vie.

Dans l'autre situation, un suivi médico-social et une aide par une TISF avaient été préconisés par l'équipe de PMI. Cependant, suite à l'évaluation faite durant le séjour à la maternité, un signalement a été adressé au procureur et une MJIE a été prononcée à 12 jours de vie, elle a été conclue par un non-lieu.

c. Répartition des mesures en fonction du nombre de motifs d'inquiétude

La répartition des mesures de protection concernant les enfants de notre cohorte est présentée dans le tableau V. Le pourcentage d'enfants concernés par des mesures judiciaires et le pourcentage d'enfants placés sont présentés dans les figures 3 et 4.

Tableau V. Répartition des mesures de protection en fonction du nombre de motifs d'inquiétude repérés en prénatal

Nombre de motifs d'inquiétude	Nombre de situations	TISF sans autre mesure	AA	MJAGBF	MJIE	AEMO	Placement
1	1	1	0	0	0	0	0
2	15	4	0	1	1	0	1
3	9	0	0	1	1	0	1
4	11	0	1	0	6	3	3
5	5	1	0	0	4	1	2
6	2	1	1	0	0	0	1
7	1	0	0	0	0	0	1

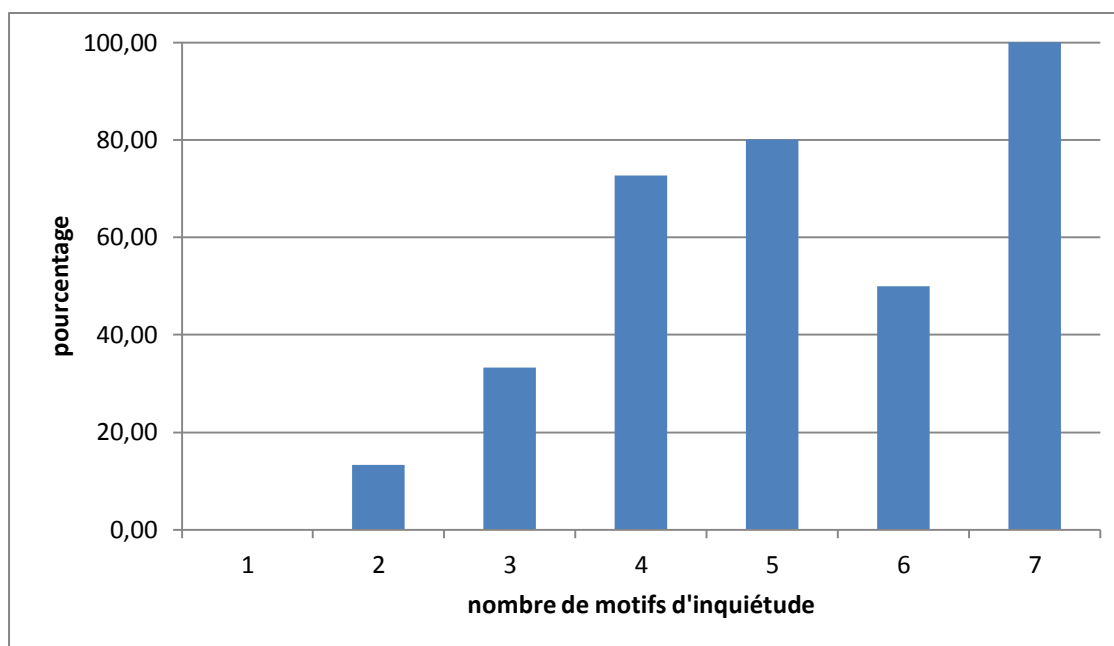


Figure 3 - Répartition du pourcentage d'enfants concernés par une mesure de protection judiciaire en fonction du nombre de motifs d'inquiétude en prénatal.

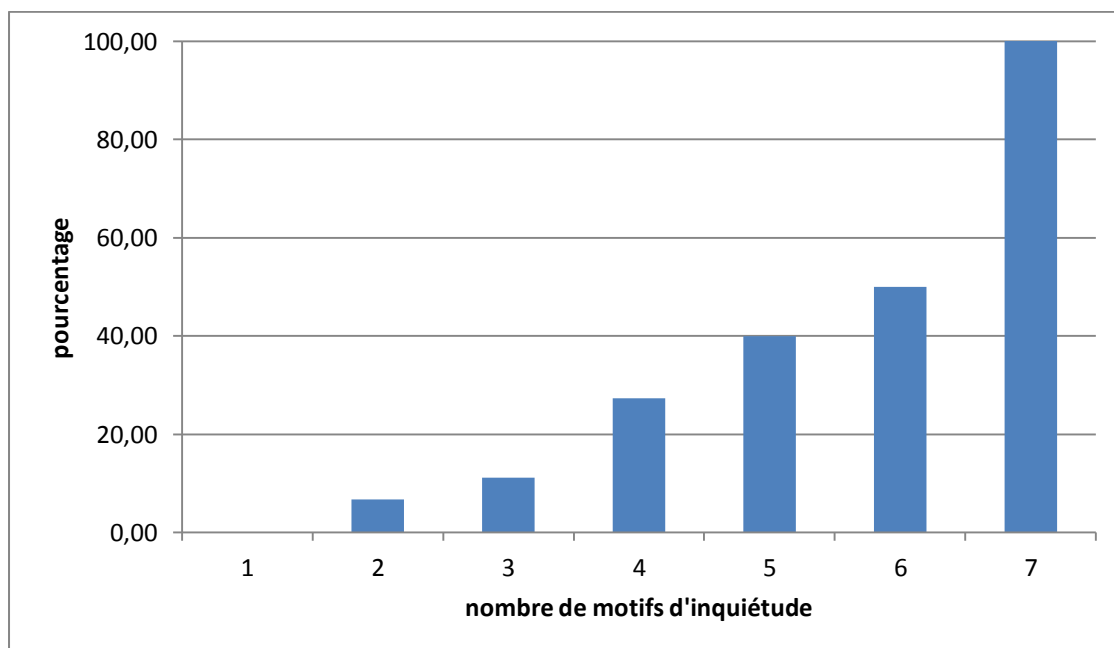


Figure 4 - Répartition du pourcentage d'enfants placés en fonction du nombre de motifs d'inquiétude en prénatal.

4.4. Analyse descriptive des mesures de protection prononcées avant et après la mise en place des protocoles

Au 19 août 2014 :

- 122 enfants nés en 2012 ont bénéficié de mesures de protection dont 17 (13,9 %) de mesures de placement. La plupart d'entre eux étaient concernés par plusieurs mesures (344 mesures au total) ;
- 85 enfants nés en 2013 ont bénéficié de mesures de protection dont 10 (11,7 %) de mesures de placement (181 mesures au total). Parmi ces 85 situations, 25 (29,4 %) ont fait l'objet du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal.

a. Comparaison du nombre de mesures prononcées avant les 3 mois de l'enfant

Parmi la population d'enfants nés en 2012 (4 880 enfants), les mesures de protection ont concerné 32 enfants de moins de 3 mois (0,66 %). Ils étaient autant dans la population d'enfants nés en 2013 (0,67 % des 4 727 enfants).

La répartition de ces mesures figure dans le tableau VI. Certains enfants bénéficient de plusieurs mesures.

Tableau VI : Nombre d'enfants nés en 2012 et 2013 âgés de moins de 3 mois concernés par une mesure de protection

Mesures	Enfants nés en 2012 (n : 4 880)	Enfants nés en 2013 (n : 4 727)
Placement judiciaire	3	8
MJIE	6	13
AEMO	4	2
TISF lors des droits de visite	0	6
MJAGBF	2	2
AA	3	3
AED	0	0
TISF	14	11
AESF	2	0

b. Comparaison du nombre de mesures prononcées avant les 8 mois de l'enfant

Parmi la population d'enfants nés en 2012, 61 enfants de moins de 8 mois étaient concernés par une mesure de protection (1,25 %). Ils étaient 60 dans la population d'enfants nés en 2013 (1,26 %).

La répartition de ces mesures figure dans le tableau VII. Certains enfants bénéficient de plusieurs mesures.

Tableau VII : Nombre d'enfants nés en 2012 et 2013 âgés de moins de 8 mois concernés par une mesure de protection

Mesures	Enfants nés en 2012 (n : 4 880)	Enfants nés en 2013 (n : 4 727)
Placement judiciaire	8	9
M JIE	12	17
AEMO	6	6
TISF lors des droits de visite	3	8
MJAGBF	5	7
AA	3	4
AED	1	0
TISF	41	35
AESF	3	0

Le nombre d'enfants placés précocement (avant 3 mois) a été multiplié par 2,6 depuis la mise en place du protocole. Cependant, 5 mois plus tard, ce facteur n'est plus que de 1,1. On note la même évolution pour le nombre de MJIE qui a été multiplié par 2,1 chez les enfants de moins de 3 mois et par 1,4 chez les enfants de moins de 8 mois.

c. Mesures prononcées chez des enfants nés en 2013 dont la mère n'a pas fait partie du protocole

À la date du 19 août 2014, 60 enfants étaient concernés par une mesure de protection prononcée dans le département de la Vienne sans qu'une fiche de liaison à destination des maternités n'ait été rédigée.

Parmi les 10 enfants nés en 2013 placés dans le département de la Vienne, 8 font partie du protocole. La figure 5 représente la répartition des situations faisant partie ou non du protocole en fonction du type de mesure prononcée.

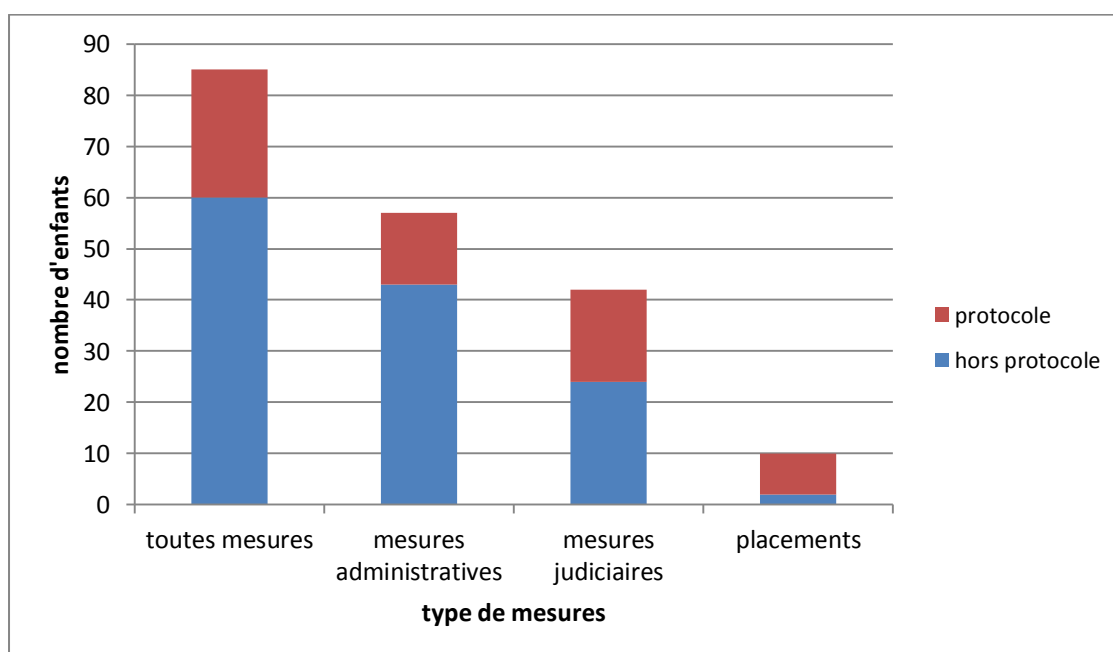


Figure 5 - Répartition des enfants concernés ou non par le protocole en fonction du type de mesure prononcée.

La répartition des mesures prononcées pour des enfants « hors protocole » est la suivante :

- pour 24 d'entre eux (40 %), il s'agit d'une ou de plusieurs mesures de protection judiciaires :
 - 2 enfants ont été placés ;
 - 10 MJIE ont été prononcées, 2 ont été conclues par un non-lieu, 2 par une AEMO et 6 sont en cours ;
 - 4 enfants ont bénéficié d'une AEMO, l'un d'entre eux a été placé;
 - 9 MJAGBF ont été prononcées ;
 - un enfant est hébergé chez un tiers digne de confiance.
- 43 enfants (71,6 %) bénéficient d'une ou de plusieurs mesures administratives :
 - 2 enfants sont concernés par un accueil administratif ;
 - un enfant bénéficie d'une AED ;
 - une TISF intervient pour 42 enfants.

Un enfant a été placé à l'âge de 4 mois, l'autre à l'âge de 6 semaines suite à une AEMO prononcée au 7^{ème} jour de vie. Dans les 2 cas, une TISF intervient lors des droits de visite.

Parmi les 13 situations d'enfants bénéficiaires d'une mesure de placement, d'une AEMO ou d'une MJIE, 2 étaient connues des sages-femmes de PMI en prénatal.

5. Discussion

Cette étude a permis de décrire le fonctionnement du dispositif de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal, un an après sa mise en place dans le département de la Vienne. Il s'agit de la première étude réalisée à ce sujet.

Nous avons mis en évidence la pertinence des indicateurs de risque de danger pour l'enfant à naître utilisés dans le protocole ainsi que la capacité des professionnels à identifier les situations les plus graves dès la grossesse. En effet, dans toutes les situations où une IPP a été rédigée, l'enfant a fait l'objet d'une mesure de protection. Il s'agissait d'un placement dans plus de la moitié des cas.

Notre étude révèle aussi la complexité des situations dans lesquelles se trouvent les familles prises en charge. On note la présence d'au moins trois indicateurs de risque de danger pour plus de la moitié de notre population.

Cependant, parmi les enfants nés en 2013 concernés par une mesure de protection, seulement 29,4 % ont bénéficié du protocole. Des améliorations sont donc possibles pour rendre ce dispositif plus efficace.

Notre étude présente pour principaux inconvénients de ne décrire qu'une année de fonctionnement du protocole et de n'avoir que peu de recul sur le devenir des enfants. Une analyse portant sur plusieurs années serait nécessaire pour évaluer l'impact du dispositif à long terme sur le devenir des familles.

De plus, notre recueil de données est incomplet pour certains items et l'absence d'un cinquième des observations des maternités a rendu difficile l'analyse des préconisations faites après la naissance.

Enfin, les caractéristiques descriptives de la population tels que la déficience intellectuelle, les difficultés socio-économiques, l'investissement de la grossesse sont des données rapportées par les professionnels qui ne reposent pas sur des mesures objectives.

Les facteurs de vulnérabilité

La population qui a fait l'objet de notre étude présente des facteurs de vulnérabilité faisant craindre un risque de dysfonctionnement relationnel entre les parents et leur enfant. Les

indicateurs de risque utilisés par les professionnels de PMI pour dépister ces situations sont ceux retrouvés dans la plupart des études ²¹. L'accumulation de facteurs de vulnérabilité entraînant un risque accru de survenue de mauvais traitements, il convient d'être particulièrement vigilant lors du déroulement de la grossesse et des premières années de vie des enfants concernés.

La décision de rédiger une IPP semble plus dépendre de l'association de facteurs de risque que du type d'indicateurs présents. En effet, le nombre de facteurs de risque est significativement plus élevé ($p < 0,05$) dans les situations où une IPP a été rédigée.

De plus, les motifs d'inquiétude les plus fréquemment retrouvés sont les mêmes dans les deux protocoles. Ce sont les difficultés socio-économiques, les antécédents de placement dans la fratrie et la présence d'une pathologie psychiatrique ou d'une déficience intellectuelle chez la mère. Dans les cas où il a été décidé de ne pas rédiger d'IPP, on retrouve en plus la notion d'immatunité de la mère.

La présence de difficultés socio-économiques, source de stress et d'insécurité, rend les parents moins disponibles et aggrave les risques de dysfonctionnement relationnel avec leurs enfants. Près des trois quarts de notre population sont concernés par ce critère. Une étude portant sur l'analyse d'un staff de parentalité dédié à la prise en charge des grossesses en situation de vulnérabilité psychosociale à la maternité du CHRU de Lille fait état du même taux de patientes en situation de précarité ⁵⁰.

La présence d'un antécédent de placement dans la fratrie est associée à un nombre d'indicateurs de risque plus élevé que la moyenne (3,9 vs 3,3). Les aînés des enfants concernés par le protocole avec IPP ont tous été placés. 4 enfants concernés par le protocole sans IPP ont bénéficié de mesures de protection judiciaire. Là encore, les aînés ont tous été placés. Les professionnels doivent donc être particulièrement vigilants au risque de dysfonctionnement relationnel parents-enfants dans les situations où il existe un antécédent de placement dans la fratrie.

La présence d'une pathologie psychiatrique chez la mère (psychose puerpérale, dépression post-natale, pathologies psychotiques chroniques, troubles graves de la personnalité...) risque de fragiliser l'établissement des premiers liens. C'est un motif d'inquiétude important chez les professionnels qui concerne une femme sur trois dans notre étude. La période d'observation à

la maternité est particulièrement importante pour évaluer la qualité du lien mère-enfant. Cette observation peut se poursuivre lors d'une hospitalisation conjointe en UMB qui permet de prendre en charge la pathologie psychiatrique maternelle et de favoriser un lien d'attachement de bonne qualité entre la mère et son bébé. Cependant, cette prise en charge préconisée dans 5 situations n'a pu être effective dans 3 cas (fermeture estivale du service et refus d'une patiente). Au moment de notre analyse, une mesure de protection avait été prononcée en faveur de 84 % des enfants de mères atteintes de pathologie psychiatrique.

D'autres indicateurs de risque, comme les violences conjugales ou de la toxicomanie des parents, n'ont pas été pris en compte dans notre étude car ils étaient insuffisamment renseignés dans les fiches de liaison. Le lien entre ces facteurs de risque et la survenue de mauvais traitements a cependant été mis en évidence dans plusieurs études ^{51 52}.

La comparaison avec les données de l'enquête nationale périnatale 2010

Notre population diffère significativement de la population générale sur plusieurs critères :

- la proportion de femmes de moins de 20 ans est plus importante ;
- les femmes de notre étude sont plus nombreuses à vivre seules et à ne pas avoir de logement personnel en fin de grossesse. On observe plus de femmes ou de couples sans emploi ;
- les femmes sont plus nombreuses à avoir bénéficié de séances de préparation à la naissance et à l'accouchement. Il est intéressant de noter que parmi les 4 situations où ces séances ont été refusées, 3 mesures judiciaires de protection ont été mises en place dans les premiers mois de vie de l'enfant ;
- la durée de séjour à la maternité est supérieure à la durée moyenne nationale. Cette augmentation de la durée de séjour permet aux équipes d'évaluer la situation et d'apporter un soutien aux femmes en situation de vulnérabilité ;
- concernant l'enfant, le taux de petit poids de naissance est plus élevé dans notre population. On n'observe pas de différence significative en termes de prématurité. Cependant, plusieurs études ont montré un lien entre l'accouchement prématuré et des facteurs psychosociaux tels que le niveau socio-économique bas ⁵³, des événements de vie stressants avant ou pendant la grossesse ou une dépression ⁵⁴. La majorité des

femmes de notre étude présentait des facteurs psychosociaux susceptibles de les faire accoucher prématurément. On peut donc émettre l'hypothèse d'un effet positif à court terme de l'étayage mis en place pendant la grossesse sur le risque d'accouchement prématuré.

Le fonctionnement du protocole

Notre étude a mis en évidence certains dysfonctionnements du protocole.

Le circuit de prise en charge des situations préoccupantes n'a pas toujours été respecté. Dans 1 situation sur 5, l'observation à la maternité n'a pas été rédigée. Ceci peut s'expliquer par le manque d'expérience et d'information des professionnels. En effet, le fonctionnement du protocole a été présenté aux équipes des maternités entre les mois de février et de juillet 2013 et le guide technique de l'information en prénatal ne leur a été communiqué qu'en juin 2013.

Notre étude démontre bien la nécessité d'élargir le partenariat avec les professionnels libéraux ou hospitaliers qui peuvent être amenés à prendre en charge la femme pendant sa grossesse, chacun apportant des éléments de compréhension pour restituer au mieux ces situations souvent complexes. En effet, dans une situation du protocole avec IPP, les suites données après la naissance de l'enfant (placement) ne concordaient pas avec les préconisations de l'équipe de PMI (suivi médico-social). L'IPP avait été rédigée par un psychiatre hospitalier et transmise directement au procureur. On peut penser que le manque de communication entre les professionnels a entraîné une perte d'information nuisant au repérage des risques de perturbation du lien parents-enfant.

De plus, il semblerait important que les fiches de liaison soient systématiquement transmises aux 3 maternités du département. Dans notre étude, 4 accouchements n'ont pas eu lieu dans la maternité prévue initialement. Par ailleurs, le dispositif trouve ses limites lorsque l'accouchement prévu dans une maternité de la Vienne se déroule hors département.

Le devenir des enfants

Nous avons mis en évidence une continuité dans la prise en charge des familles qui ont bénéficié, pour leur grande majorité, d'un suivi PMI à la sortie de la maternité. Au moment de notre analyse, ce suivi était encore effectif pour plus de la moitié des enfants de notre cohorte. En août 2014, nous avons fait le point sur le devenir des enfants qui étaient alors âgés de 8 à 20 mois :

- 1 enfant sur 5 a été placé ;
- 59 % étaient concernés par une mesure de protection judiciaire ou administrative ;
- au moins 5 enfants présentaient un retard de développement.

Cela montre la pertinence de l'évaluation prénatale des situations et la nécessité de poursuivre le dépistage et la prise en charge de ces familles en situation de vulnérabilité.

L'évaluation d'un programme de prévention dans le secteur de la petite enfance est difficile car les indicateurs quantitatifs dans ce domaine sont rares et les répercussions sont observées à long terme. L'effet attendu d'un soutien à la parentalité dès la grossesse est une amélioration de la qualité du lien parents-enfant permettant un meilleur développement et une diminution du risque de mise en danger des enfants. Pour mettre en évidence les effets d'un programme de prévention sur l'évolution des enfants, il faudrait constituer un groupe témoin, ce qui n'est pas réalisable pour des raisons éthiques. De plus, le lien de causalité entre une intervention préventive précoce et les modifications de comportement observées à long terme, au sein des familles prises en charge, est difficile à établir.

L'évolution du nombre de mesures de protection

Dans notre étude, nous avons analysé l'évolution du nombre d'enfants concernés par des mesures de protection. Nous avons pu montrer que le nombre de mesures de placement prononcées avant l'âge de 3 mois est plus élevé depuis la mise en place du protocole. Cet écart diminue à l'âge de 8 mois. L'intérêt du placement précoce sur la prévention de troubles du comportement et de la personnalité de ces enfants ainsi que sur le développement d'un attachement de qualité avec la famille d'accueil a été démontré dans plusieurs travaux ^{32 33}. Dans les situations les plus graves, la coordination entre les équipes, permise par l'instauration du protocole, devrait donc être bénéfique pour le développement des enfants.

Selon une enquête de l'ODAS menée en 2006, environ 30 % des enfants signalés avaient moins de 6 ans, et près de la moitié avaient entre 6 et 14 ans³. Il serait donc intéressant d'étudier l'évolution du nombre de mesures de protection mises en place dans notre population à plus long terme. Notre hypothèse est que le recours aux mesures de placement devrait diminuer du fait de l'instauration d'un soutien précoce, continu et personnalisé dès la grossesse, permettant la création d'un contexte plus favorable à l'exercice de la parentalité.

Les limites du protocole et les pistes d'amélioration

Notre étude révèle que parmi les 85 enfants nés en 2013 concernés par une mesure de protection, 70,5 % n'ont pas fait l'objet du circuit de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal. Cependant, les situations les plus graves, où l'enfant a été placé dès les premiers mois de vie, ont été dépistées dans huit cas sur dix.

La majorité de ces familles en situation de vulnérabilité n'était pas connue par les sages-femmes de PMI lors de la grossesse. Les principales raisons pouvant expliquer cette méconnaissance sont :

- l'absence de déclaration de grossesse ou les déclarations hors département ;
- l'absence d'EPP réalisé par la sage-femme de PMI. En effet, la majorité des entretiens est effectuée par des sages-femmes libérales ou hospitalières. Les femmes peuvent aussi refuser cet entretien ;
- l'absence de motif d'inquiétude repéré pendant la grossesse.

Suite à cette étude, il nous paraît important de renforcer le partenariat avec les sages-femmes libérales, les généralistes et les services de psychiatrie pour améliorer le dépistage et l'évaluation des situations à risque de mise en danger pour l'enfant. De même, la transmission des informations à toutes les maternités du département améliorerait l'efficacité du dispositif. Ce point soulève cependant la question de la limite du partage d'information dans le cadre du secret professionnel.

Les professionnels des services de PMI, de l'ASE, de l'action sociale doivent être d'avantage sensibilisés au dépistage et à la prise en charge précoce des familles en situation de vulnérabilité. Pour cela, il semble important que ce dispositif soit évalué régulièrement et que

les professionnels aient connaissance de son impact sur le devenir des familles, le développement des enfants et la prévention de la maltraitance.

La réalisation d'une enquête auprès des professionnels concernés par le protocole, en vue de recueillir leur avis et leurs propositions d'amélioration, ainsi que l'étude plus précise des raisons pour lesquelles certaines situations à risque de danger ne sont pas dépistées en anténatal seraient utiles pour accompagner l'évolution de ce dispositif récent.

6. Conclusion

La politique préventive menée par les équipes de PMI concerne une population plus large que celle sélectionnée par le protocole. En s'adressant uniquement aux familles en situation de vulnérabilité, les actions de prévention auraient un effet stigmatisant, qui fragiliserait la confiance que peuvent avoir les futurs parents dans leurs capacités à s'occuper de leur enfant. Rappelons que les facteurs de vulnérabilité ne sont pas des facteurs prédictifs de problèmes de développement de l'enfant ou de la survenue de mauvais traitements et que la grossesse et la naissance peuvent révéler ou renforcer des fragilités dans n'importe quelle famille.

Cependant, si la politique de PMI a une vocation universelle, le protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal permet de porter une attention particulière aux familles en situation de vulnérabilité. Les équipes gravitant autour de ces familles disposent ainsi de temps d'échanges formalisés pour confronter les différents points de vue et permettre l'émergence d'une vision globale et nuancée de ces situations particulièrement complexes. En anticipant les éventuelles difficultés qui peuvent survenir à la naissance de l'enfant et en amenant les futurs parents à prendre conscience de leurs capacités et de leurs limites, les professionnels contribuent à la prévention des dysfonctionnements relationnels et, dans les cas où une mesure de protection doit être mise en place, limitent les prises de décision en urgence, souvent traumatisantes pour les familles.

C'est en sensibilisant d'avantage les professionnels à l'importance des réseaux de soins en périnatalité et en évaluant l'efficacité de ces programmes de soutien précoce que la prévention des risques de mise en danger de l'enfant, véritable problème de santé publique, pourra progresser.

Bibliographie

1. GUEDENEY N., GUEDENEY A., ATGER F. L'attachement : concepts et applications. 2^e édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006, 235 p. (Les âges de la vie).
2. ONED. Neuvième rapport au gouvernement et au parlement [**en ligne**]. 2014. Disponible sur : <http://www.oned.gouv.fr/system/files/publication/ranoned_20140604.pdf> (consulté le 12.07.2014).
3. ODAS. Protection de l'enfance : une plus grande vulnérabilité des familles, une meilleure coordination des acteurs [**en ligne**]. 2007. Disponible sur : <http://odas.net/IMG/pdf/200711_protection_enfance_2007.pdf> (consulté le 08.04.2014)
4. DE AYALA C. L'histoire de la protection de l'enfance. Le Journal des psychologues, 2010, n° 277, pp. 24-27.
5. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi du 23 décembre 1874 relative à la protection des enfants du premier âge, en particulier des nourrissons [**en ligne**]. Journal officiel du 8 janvier 1975. Disponible sur : <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/loi-relative-protection-enfants-premier-age-en-particulier-nourrissons>> (consulté le 28.02.2014).
6. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi du 24 juillet 1889 sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés [**en ligne**]. Journal officiel du 25 juillet 1889. Disponible sur : <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/loi-completant-loi-24-juillet-1889-sur-protection-enfants-maltraitees-ou-moralement>> (consulté le 28.02.2014).
7. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi du 19 avril 1898 sur la répression des violences, voies de fait, actes de cruauté et attentats commis envers les enfants [**en ligne**]. Journal officiel du 21 avril 1898. Disponible sur : <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/loi-sur-repression-violences-voies-fait-actes-cruaute-et-attentats-commis-envers-enfants>> (consulté le 28.02.2014).
8. REPUBLIQUE FRANCAISE. Ordonnance du 23 décembre 1958 relative à l'enfance et l'adolescence en danger [**en ligne**]. Journal officiel du 24 décembre 1958. Disponible sur : <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/ordonnance-ndeg-58-1301-23-decembre-1958-relative-lenfance-et-ladolescence-en-danger>> (consulté le 28.02.2014).
9. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 70-459 du 4 juin 1970 relative à l'autorité parentale [**en ligne**]. Journal officiel du 5 juin 1970. Disponible sur : <<http://www.oned.gouv.fr/ressources/loi-ndeg-70-459-4-juin-1970-relative-lautorite-parentale>> (consulté le 28.02.2014).
10. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé [**en ligne**]. Journal officiel du 19 décembre 1989. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?cidTexte=JORFTEXT000000509536> (consulté le 28.02.2014).

11. NAVES P., CATHALA B., DEPARIS J.-M. Accueils provisoires et placements d'enfants et d'adolescents : des décisions qui mettent à l'épreuve le système français de protection de l'enfance et de la famille [**en ligne**]. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/004001642/0000.pdf (consulté le 28.02.2014).
12. DE BROISSIA L. L'amélioration de la prise en charge des mineurs protégés [**en ligne**]. Ministère de la famille et de l'enfance, 2005. Disponible sur : http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/054000475/0000.pdf (consulté le 03.03.2014).
13. REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance [**en ligne**]. Journal officiel du 6 mars 2007. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000823100> (consulté le 03.02.2014).
14. REPUBLIQUE FRANCAISE. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-4 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796884&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 03.02.2014).
15. REPUBLIQUE FRANCAISE. Code de l'action sociale et des familles - Article L221-1 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796780&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 03.02.2014).
16. REPUBLIQUE FRANCAISE. Code de la santé publique - Article L2112-2 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687357&dateTexte=&categorieLien=cid> (consulté le 03.02.2014).
17. REPUBLIQUE FRANCAISE. Décret n° 2013-994 du 7 novembre 2013 organisant la transmission d'informations entre départements en application de l'article L221-3 du code de l'action sociale et des familles [**en ligne**]. Journal officiel du 9 novembre 2013. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028171902&dateTexte=&categorieLien=id> (consulté le 03.02.2014).
18. REPUBLIQUE FRANCAISE. Code de l'action sociale et des familles - Article L226-2-2 [**en ligne**]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796908&cidTexte=LEGITEXT000006074069> (consulté le 03.02.2014).

19. BOWLBY J. Attachement et perte. 5^e édition. Paris : Presses universitaires de France, 2002, 544 p.
20. LAMOUR M, BARRACO M. Souffrances autour du berceau : des émotions au soin. Paris : Gaëtan Morin, 1998, 277 p. (Interventions psycho-sociales).
21. CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PREVENTION PSYCHOSOCIALES. Les mauvais traitements psychologiques envers les jeunes enfants. Bilan de connaissances [en ligne]. Montréal : CLIPP, 2009. Disponible sur : <http://www.clipp.ca/images/documents/bilans/bilanconnaissances_mauvais_traitements_psychologiques.pdf> (consulté le 05.03.2014).
22. KAUFMAN J., ZIGLER E. Do abused children become abusive parents ? American Journal of Orthopsychiatry, 1987, vol. 57, n° 2, pp. 186-192.
23. MALINOSKY-RUMMELL R., HANSEN D.J. Long-term consequences of childhood physical abuse. Psychological bulletin, 1993, vol. 114, n° 1, pp. 68-79.
24. BOISSON M., VERJUS A. La parentalité, une action de citoyenneté, une synthèse des travaux récents sur le lien familial et la fonction parentale (1993-2004) [en ligne]. Dossier d'étude CAF n° 62. 2004. Disponible sur : < <http://sejed.revues.org/pdf/2642>> (consulté le 31.03.2014).
25. ANDRE M. La vie quotidienne des familles [en ligne]. Ministère de l'emploi et de la solidarité, 1998. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/984000876/0000.pdf> (consulté le 31.03.2014).
26. HAUTE AUTORITE DE SANTE. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [en ligne]. 2005. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_269939/en/preparation-naissance-parentalite-recommandationspdf> (consulté le 28.02.2014).
27. CHALMERS B., MANGIATERRA V., PORTER R. WHO principles of perinatal care : the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth, 2001, vol. 28, n° 3, pp. 202-207.
28. BANQUE DE DONNEES EN SANTE PUBLIQUE. Glossaire multilingue [en ligne]. Disponible sur : <<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/Scripts/Show.bs?bqRef=128>> (consulté le 03.03.2014)
29. KAMINSKI J.W., VALLE L.A., FILENE J.H., BOYLE C.L. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. Journal of abnormal Child Psychology, 2008, vol. 36, n° 4, pp. 567-589.
30. DUMARET A.-C., PICCHI V. Soins précoces : devenir psychosocial des familles et devenir des enfants. Annales Médico-Psychologiques, 2005, vol. 163, n° 6, pp. 476-485.

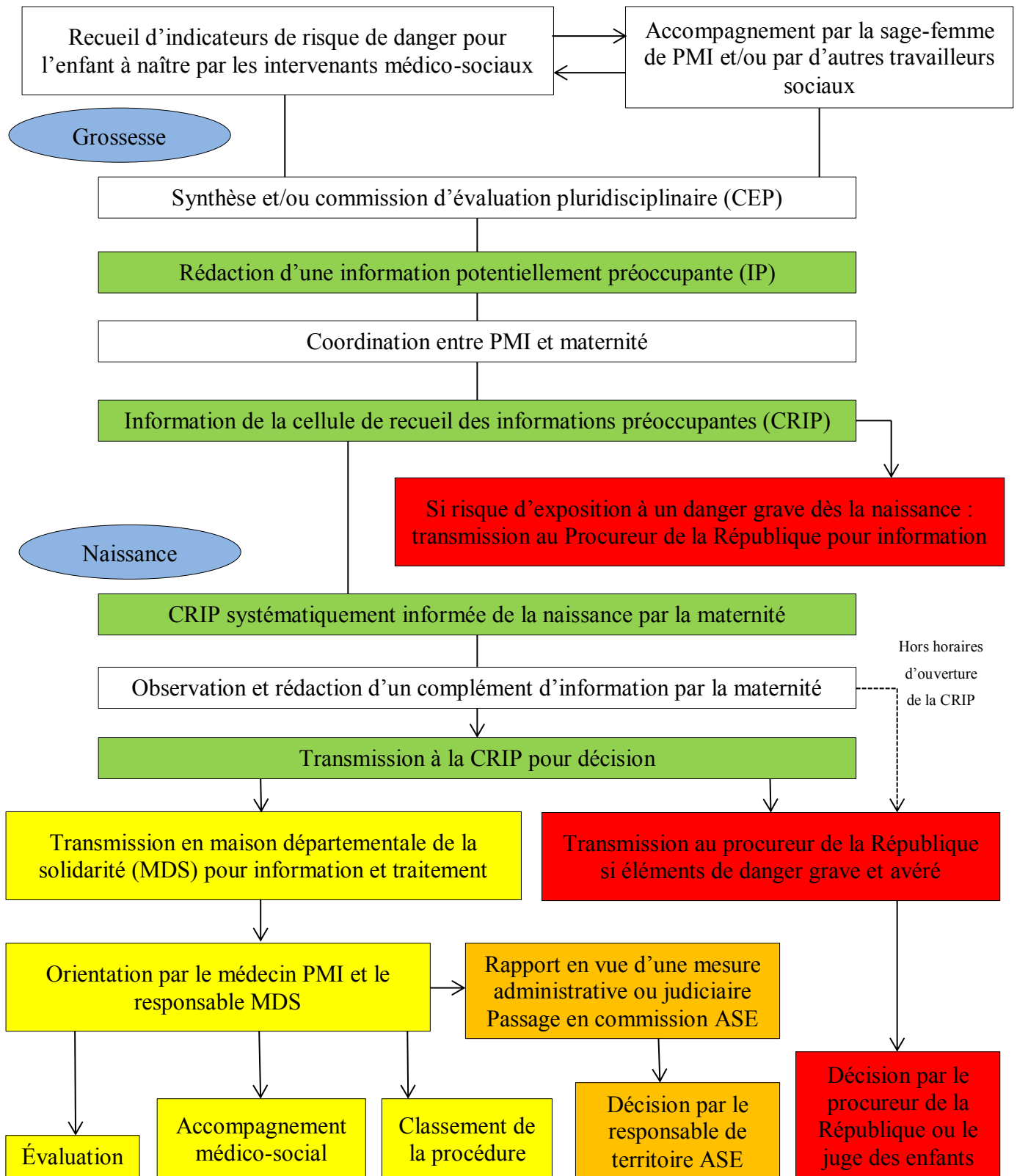
31. DUMARET A.-C. Interventions médico-psycho-sociales et accompagnements précoces : Quel devenir pour les familles ? Pathologie psychiatrique et grossesse. La qualité en périnatalité [**en ligne**]. 2007. Disponible sur : <<http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/35/32/35/PDF/perinatologiech4-dumaret.pdf>> (consulté le 04.04.2014).
32. MOUHOT F. Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution. La psychiatrie de l'enfant, 2003, vol. 46, n° 2, pp. 609-629.
33. WENDLAND J., GAUGUE-FINOT J. Le développement du sentiment d'affiliation des enfants placés en famille d'accueil pendant ou après leur petite enfance. Devenir, 2008, vol. 20, n° 4, pp. 319-345.
34. MASCARO' R., DUPUIS-GAUTHIER C., JARDI R., DELION P. Evaluation des effets du placement précoce du bébé en pouponnière. Devenir, 2012, vol. 24, n° 2, pp. 69-115.
35. BERGER M. Les séparations parents-enfants à but thérapeutique. 2^e édition. Paris : Dunod, 2011, 224 p. (Enfances).
36. MOLENAT F. Périnatalité et prévention en santé mentale. Collaboration médico-psychologique en périnatalité [**en ligne**]. Paris : DHOS, 2004. Disponible sur : <https://www.ac-paris.fr/portail/jcms/p1_517108/rapport-perinatalite-et-prevention-en-sante-mentale-collaboration-medico-psychologique-en-perinatalite> (consulté le 09.02.2014).
37. BREART G., PUECH F., ROZE J.-C. Mission périnatalité : Vingt propositions pour une politique périnatale [**en ligne**]. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/docfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/034000572/0000.pdf> (consulté le 09.02.2014).
38. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Evaluation du plan de périnatalité 2005-2007. Rapport final [**en ligne**]. 2010. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_plan_perinatalite_-_Rapport_final.pdf> (consulté le 28.02.2014).
39. BLONDEL B., KERMARREC M. Enquête nationale périnatale 2010 [**en ligne**]. Inserm, 2011. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf> (consulté le 28.02.2014).
40. WEATHERSTON D.J. La santé mentale du nourrisson : une revue de la littérature. 2003, vol. 15, n° 1, pp. 49-83.
41. LIEBERMAN A.F., WESTON D.R., PAWL J.H. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. Child Development, 1991, vol. 62, n° 1, pp. 199-209.

42. DUMARET A. Soins médicosociaux précoces et accompagnement psychoéducatif : revue de la littérature étrangère. Archives de pédiatrie, 2003, vol. 10, n° 5, pp. 448-461.
43. OLDS D., HENDERSON C., KITZMAN H., COLE R. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. Pediatrics, 1995, vol. 95, n° 3, pp. 365-372.
44. BERTHIER M., BARAUD C., DABAN M., PAGET A., HAY M., CHARRIER A., ORIOT D. Evaluation de la prise en charge psychosociale en maternité : expérience au CHU de Poitiers. Archives de Pédiatrie, 1995, vol. 2, n° 9, pp. 840-847.
45. MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité [en ligne]. 2004. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf> (consulté le 04.03.2014).
46. DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/01/03 n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux périnatalité [en ligne]. 2006. Disponible sur : <<http://ddata.over-blog.com/xxxxyy/0/25/46/25/circ-reseaux.pdf>> (consulté le 04.03.2014).
47. VILAIN A. Enquête nationale périnatale 2010. Les maternités en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011, 81p.
48. RESEAU PERINATAL POITOU-CHARENTES. Les missions et objectifs [en ligne]. Disponible sur : <<https://reseau-perinatal.esante-poitou-charentes.fr/portail/le-reseau/les-missions-et-objectifs,326,237.html>> (consulté le 10.03.2014).
49. BOUFFARD B., GIRAUD J., ROBIN S., VAIL E. La réalisation de l'entretien prénatal précoce en Poitou-Charentes. Enquête auprès des sages-femmes libérales, salariées et PMI. Rapport n° 140 [en ligne]. ORS Poitou-Charentes, 2012. Disponible sur : <<http://www.ors-poitou-charentes.org/pdf/sfRMT2EPP12.pdf>> (consulté le 25.05.2014)
50. HAMERLINCK C. Le staff de parentalité PMI-hôpital Jeanne de Flandre à Lille : bilan de fonctionnement de l'année 2007. Thèse de médecine générale. Guadeloupe : Université des Antilles et de la Guyane, 2010, 77 p.
51. WINDHAM A.M., ROSENBERG L., FUDDY L, MC FARLANE E., SIA C., DUGGAN A.K. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. Child Abuse and Neglect, 2004, vol. 28, n° 6, pp. 645-667.
52. WALSH C., MC MILLAN H.L., JAMIESON E. The relationship between parental substance abuse and child maltreatment : findings from the Ontario Health Supplement. Child Abuse and Neglect, 2003, vol. 27, n° 12, pp. 1409-1425.
53. BERKOWITZ G.S., PAPIERNIK E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiologic Reviews, 1993, vol. 15, n° 2, pp. 414-443.

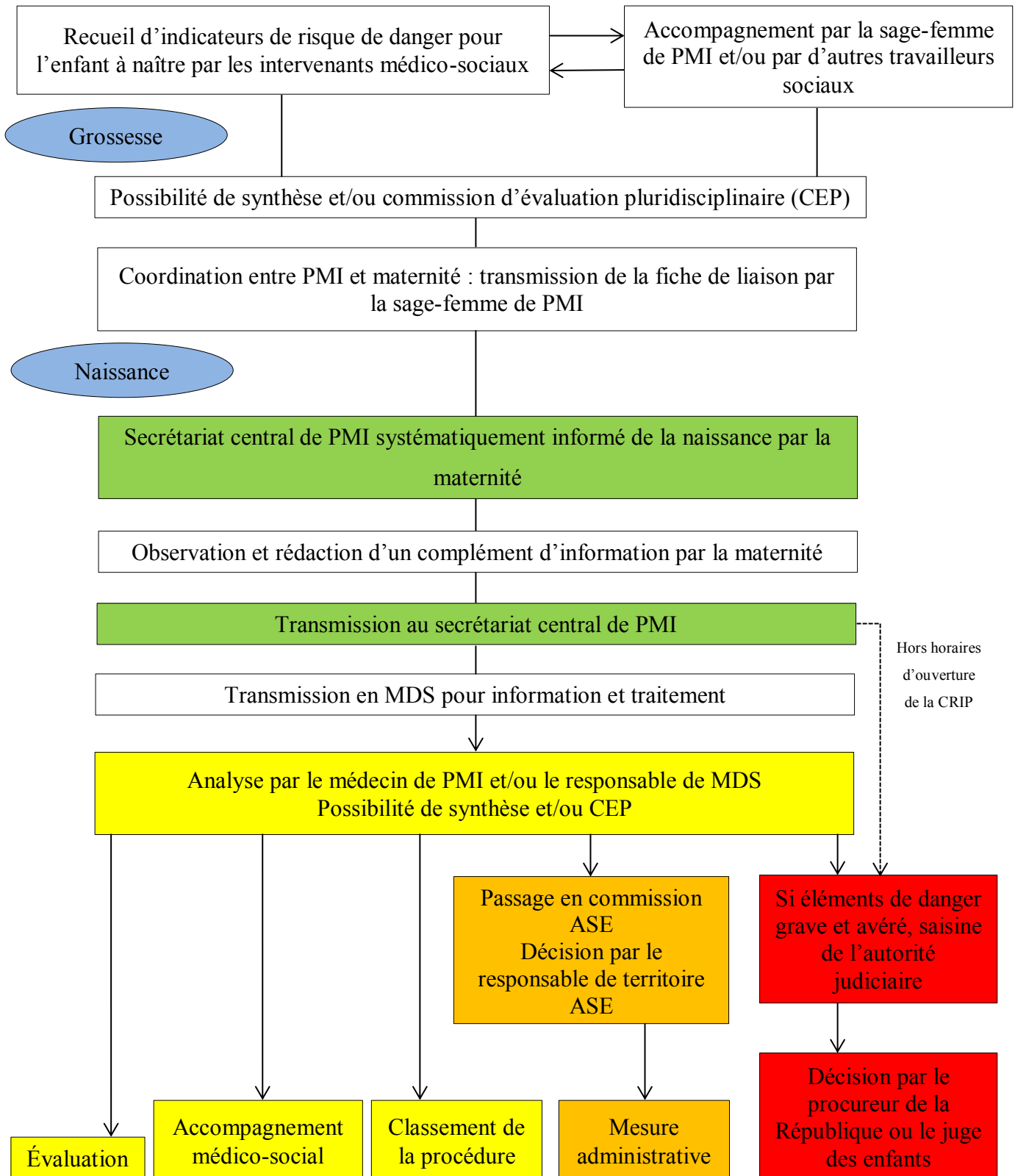
54. DAYAN J., CREVEUIL C., HERLICOVIEZ M., HERBEL C., BARRANGER E., SAVOYE C., THOUIN A. Role of anxiety and depression in the onset of spontaneous preterm labor. *American Journal of Epidemiology*. 2002, vol. 155, n° 4, pp. 293-301.

Annexes

Annexe 1 : Circuit de traitement des informations préoccupantes



Annexe 2 : Circuit de prise en charge préventive des informations préoccupantes



Annexe 3 : Fiche de liaison sur une situation prénatale avec information potentiellement préoccupante

Selon le protocole de traitement des situations préoccupantes en prénatal, voici les éléments à connaître sur la situation préoccupante d'un enfant à naître. Sur la page suivante, vous trouverez les éléments importants à observer lors du séjour à la maternité. Nous vous remercions par avance pour votre collaboration dans la prise en charge de cette situation.

Date

De (réfèrent du CG : nom+adresse+téléphone+mail)

A (réfèrent de la maternité : nom+fonction+nom de la maternité)

Identités

- Femme enceinte : *Nom, Prénom, adresse, date et lieu de naissance*
- Futur père : *Nom, prénom, adresse, date et lieu de naissance*

Terme prévu de la grossesse : *date*

Problématique

Ressources et adhésion

Prise en charge pendant la grossesse
(Intervenants)

**Une information potentiellement préoccupante a été rédigée le *(date)* par *(auteur)* et transmise à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes.
*Les futurs parents/la patiente ont été prévenus/a été prévenue de la transmission prénatale d'informations à la maternité.***

Projet de prise en charge après la naissance

Au moment de la naissance, merci d'avance de prévenir la CRIP par téléphone, au 05 49 45 93 61 ou par mail : signalement-enfance@cg86.fr

Observations pendant le séjour à la maternité

Date

Rédigé par :

Transmis le :

A : CRIP ou Procureur de la République

Identités

- **Mère** (*Nom, Prénom, adresse*) :

- **Père** (*Nom, prénom, adresse*) :

- **Enfant** (*Nom, Prénom*) :

Né(e) le :

Dates du séjour à la maternité :

Observations à la maternité

- *Relation mère-enfant*
- *Santé de l'enfant, allaitement (maternel ou biberon)*
- *Relation père-enfant*
- *Prise en charge matérielle de l'enfant*
- *Attitude de la mère : humeur, attitude envers les professionnels*
- *Attitude du père*
- *Adhésion des parents aux propositions d'accompagnement*
- *Entourage*
- *Autres observations*

Conclusion

Signature

Annexe 4 : Liste des indicateurs de risque pouvant être repérés à la maternité

Tous les éléments présentés ci-après, pris isolément, ne sont pas forcément révélateurs d'une situation de risque. Lorsque plusieurs de ces indicateurs de risque sont réunis ou lorsque l'un d'entre eux présente un caractère de grande gravité, il peut y avoir danger pour l'enfant à naître. Les indicateurs de risque pouvant être repérés à la maternité (liste non exhaustive) sont les suivants :

- prise en compte d'indicateurs pouvant avoir existé durant la période prénatale ;
- séparation mère enfant à la naissance ;
- accouchement pénible ou mal vécu, prématuré ou retardé ;
- naissances multiples ;
- refus de voir l'enfant, de s'occuper de lui ;
- difficultés à supporter les pleurs du bébé ;
- intolérance de la mère aux cris de l'enfant ;
- difficultés à assurer les soins quotidiens de l'enfant ;
- difficultés à nourrir le bébé ;
- portage inadapté ;
- conduites ou propos inadaptés ;
- impulsions dangereuses réelles ou redoutées (risque de passage à l'acte) ;
- si enfant hospitalisé en néonatalogie : visites espacées, courtes, inadaptées voire inexistantes
- anxiété excessive pour prodiguer des soins ;
- déception manifestée à l'arrivée de l'enfant (décalage avec l'enfant imaginaire, enfant porteur de handicap).

Découvertes d'éléments sociaux et familiaux susceptibles de constituer un risque :

- statut de l'enfant au regard de sa filiation ;
- incertitude quant à la reconnaissance légale de l'enfant ;
- absence de visite pour la maman à la maternité ;
- attitude du père inadaptée vis à vis de l'enfant, de la mère, du service de maternité ;
- premier accouchement en France d'une femme immigrée et isolée ;
- impréparation matérielle de la venue de l'enfant ;
- conditions d'accueil inadaptées ;
- sortie prématurée de la maternité contre l'avis médical ;
- prolongement du séjour en maternité pour des raisons psychosociales ;
- retour sur la décision d'accouchement « sous le secret ».

Annexe 5 : Questionnaire sur le devenir des enfants nés en 2013 ayant fait l'objet du protocole de prise en charge des situations préoccupantes en prénatal

MDS de _____

Pour chaque enfant de la liste ci-dessous :

- L'enfant a-t-il bénéficié d'un suivi PMI à la sortie de la maternité ? OUI NON
- Si oui, est-il toujours suivi par les services de la PMI ? OUI NON
- Si non, combien de temps a-t-il été suivi ?
- Présente-t-il un trouble du comportement ou un retard dans les acquisitions ? OUI NON
- Une mesure judiciaire de protection a-t-elle été prononcée pour cet enfant ? OUI NON
- Si oui, laquelle ?
- Quel était l'âge de l'enfant au moment de la mise en place de cette mesure ?

Annexe 6 : Suites préconisées par la PMI et par la maternité et suites données après la naissance de l'enfant

Situation	Préconisation PMI	Préconisation maternité	Suite donnée
1	Accueil parents-enfants, évaluation secteur	AA (fermeture accueil parents-enfants)	AA à J 7, retour à domicile au bout d'un mois puis placement par décision du procureur de la Charente
2	Suivi PMI, TISF, suivi psychiatrique	<i>Fiche de liaison non remplie</i>	Suivi PMI, TISF, suivi psychiatrique
3	MJIE ou placement	MJIE, suivi PMI	MJIE et placement à J 7
4	Suivi PMI, TISF, suivi psychiatrique	Suivi PMI, évaluation secteur	Suivi PMI, TISF
5	Placement	Placement	MJIE et placement à J 12
6	MJIE, suivi PMI	MJIE, suivi PMI	MJIE à J 10 et TISF, suivi PMI
7	UMB ou placement	Placement	Placement à J 10
8	Suivi PMI, TISF	Hospitalisation UMB	Hospitalisation UMB, placement à 10 semaines
9	MJIE, suivi PMI	Suivi PMI, TISF, suivi psychiatrique	MJIE à J 21, TISF, suivi PMI
10	MJIE, suivi PMI	MJIE, suivi PMI	MJIE à J 27, suivi PMI
11	MJIE, suivi PMI	Suivi PMI, évaluation secteur	MJIE à J 15 puis placement au 11 ^e mois
12	MJIE, suivi psychiatrique	<i>Fiche de liaison non remplie</i>	MJIE à J 4, AEMO au 7 ^e mois
13	MJIE, suivi PMI	MJIE, suivi PMI	MJIE et placement à J 5
14	Suivi PMI, TISF	Suivi PMI, TISF	Suivi PMI, TISF
15	MJIE	MJIE	Placement à J 1

Annexe 7 : description de 2 situations préoccupantes en prénatal

Situation n°1

Pendant la grossesse

Madame C, âgée de 36 ans, attend son 5^e enfant. Elle aurait été victime d'une agression sexuelle en novembre 2012 et aurait fui le foyer où elle était hébergée. Elle est arrivée seule à Poitiers en janvier 2013. Elle est alors hospitalisée, à sa demande, en psychiatrie. C'est dans ce contexte que la grossesse est découverte.

Madame C est sans emploi. Elle a quatre enfants de deux pères différents. Les aînés de 16 et 17 ans sont hébergés chez leurs grands-parents maternels. Les deux derniers, de 5 et 3 ans, sont placés à l'aide sociale à l'enfance. Selon une expertise psychiatrique menée dans le cadre du renouvellement du placement de ses enfants, elle présente « une personnalité extrêmement pathologique au moins de type borderline aux mécanismes de défense très fragiles de type psychotique ».

La sage-femme de PMI et l'assistante sociale du secteur sont informées de cette grossesse par les professionnels de pédopsychiatrie. Une visite à domicile est réalisée par la sage-femme en mars pour réaliser un entretien prénatal et mettre en route des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Au cours de ces séances, la sage-femme rapporte plusieurs éléments d'inquiétude. Madame C tient un discours discordant voire parfois délirant. Elle dit ne plus prendre son traitement antipsychotique. Elle déménage plusieurs fois entre le domicile de ses parents et de petits appartements meublés. Elle parle peu du bébé à naître et ne se projette pas dans l'avenir. Cependant, elle craint qu'il soit placé et menace de fuir à l'étranger en cas de décision de retrait de son enfant. Selon Madame C, ses parents ne sont pas psychologiquement stables et le père de son enfant n'est pas quelqu'un de fréquentable.

Une prise en charge multidisciplinaire de la grossesse est réalisée :

- sur le plan obstétrical : par les professionnels du CHU de Poitiers en hospitalisation de jour et par la sage-femme de PMI pour des séances de préparation à la naissance à domicile ;

- sur le plan psychiatrique : par des psychiatres du centre hospitalier Henri Labori (CHL) et du centre médico-psychologique ainsi que par une psychologue de l'unité mère-bébé (UMB) ;
- sur le plan social : par l'assistante sociale du secteur.

Une synthèse réunissant tous les professionnels intervenant auprès de Madame C est réalisée en mai. Compte tenu des éléments inquiétants qui constituent pour l'enfant à naître un risque de danger psychologique, physique et de négligences matérielles, il est alors décidé, de façon collégiale, de rédiger une information potentiellement préoccupante.

Les éléments d'inquiétudes sont :

- la pathologie psychiatrique grave et instable de Madame C ;
- les conditions d'hébergement instables et précaires ;
- l'instabilité chronique de Madame C et la discontinuité de sa présence auprès de ses aînés ;
- l'absence d'entourage fiable ;
- le faible investissement de la grossesse.

Il est cependant noté que Madame C honore les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et respecte les rendez-vous de consultation de suivi de grossesse.

Les professionnels s'interrogent sur les capacités de Madame C à prendre en charge son enfant seule. Ils préconisent qu'une investigation soit effectuée dès la naissance afin d'évaluer quels soutiens mettre en place pour que l'enfant puisse être maintenu auprès de sa mère. Si le retour à domicile ne pouvait être effectif, le placement de l'enfant devrait être envisagé. Cette IPP est transmise pour information aux autorités judiciaires début juillet.

Un écrit complémentaire des pédopsychiatres de l'UMB et du CHL est transmis à la CRIP en juillet. L'état psychique de Madame C ne rend pas envisageable son retour à domicile avec son enfant. Dans l'objectif d'accompagner la séparation mère-enfant, une prise en charge en UMB avait été envisagée. Cependant, du fait de la fermeture estivale de ce service, les médecins demandent qu'un placement de l'enfant soit envisagé dès sa naissance.

Une fiche de liaison à destination de la maternité où va accoucher Madame C est rédigée pour informer les soignants et recueillir leurs observations durant le séjour.

À la naissance de l'enfant

Madame C accouche en juillet d'un garçon. Le personnel de la maternité rédige les observations faites durant le séjour à la maternité et les transmet à l'équipe de PMI et à la CRIP. Les équipes médicale et paramédicale de la maternité observent que Madame C est soucieuse de bien faire avec son nouveau-né mais qu'elle n'a pas toujours des gestes adaptés, elle est parfois « absente psychologiquement » et ses propos peuvent être incohérents. Selon la pédopsychiatre intervenant à la maternité, Madame C présente « une désorganisation psychique ne lui permettant pas d'accéder à une préoccupation maternelle, de s'ajuster aux besoins psychiques de l'enfant et s'en occuper de façon adéquate au quotidien, seule ». Le retour à domicile ne semble pas envisageable.

Cependant, la mère de Madame C se proposant d'héberger sa fille et le bébé, l'équipe préconise la mise en place d'une investigation judiciaire pour évaluer la situation dès la sortie de la maternité.

Au vu des inquiétudes des équipes médico-psycho-sociales en prénatal et des professionnels de la maternité à la naissance de l'enfant, le juge prononce une MJIE et une ordonnance de placement provisoire au 6^{ème} jour de vie de l'enfant.

Celui-ci est actuellement placé en famille d'accueil, une TISF intervient lors des droits de visite. Il n'est pas suivi par les professionnels de la PMI.

Situation n°2

Pendant la grossesse

Madame B, 16 ans et Monsieur D, 20 ans attendent leur premier enfant. Madame B vit depuis l'âge de trois mois dans une famille d'accueil au sud de Poitiers et Monsieur D vit chez ses parents en Vendée. La grossesse est accidentelle, le terme est prévu en septembre 2013.

Le couple est séparé suite à de nombreux conflits, Madame B décrit le père du futur enfant comme immature et jaloux. Il a fait une reconnaissance anticipée et demande une garde alternée dès la naissance de l'enfant.

La grossesse est suivie par la gynécologue et la sage-femme du service de PMI. Un suivi social est réalisé par l'assistante sociale du secteur. Madame B a été mise en relation avec un avocat de l'association « avoc'enfants » pour faire face, si besoin, aux exigences du futur père.

Une fiche de liaison est envoyée à la maternité en juillet pour informer le personnel de la situation. Les motifs d'inquiétude sont les suivants :

- grossesse non désirée ;
- immaturité de la mère ;
- conflits familiaux ;
- faible investissement du futur père ;
- sentiments de tristesse et de solitude de la future mère.

À la naissance de l'enfant

Les observations faites durant le séjour sont ensuite transmises à l'équipe de PMI. À la maternité, Madame B se montre très à l'écoute de son bébé et très à l'aise dans les soins, l'interaction mère-enfant semble être de bonne qualité. Madame B accepte le suivi médical par l'équipe de PMI.

Le retour à domicile (dans la famille d'accueil de Madame B) se fait au 6^{ème} jour. Des visites à domicile sont effectuées par la puéricultrice du secteur et l'enfant est vu régulièrement en consultation par le médecin de PMI. Il présente un bon développement psychomoteur, n'a pas de retard dans les acquisitions. Madame B a trouvé un emploi comme coiffeuse, le père n'a pas reconnu son enfant et en a parfois la garde.

VU

NANCY, le **1^{er} septembre 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **1^{er} septembre 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur R. VIEUX

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE N°6619

NANCY, le 09/09/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

La loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance met l'accent sur la prévention précoce des risques de mise en danger de l'enfant. Pour repérer les situations de vulnérabilité et mettre en place un accompagnement personnalisé des familles dès la grossesse, un protocole de prise en charge préventive des situations préoccupantes en prénatal a été instauré par le service de PMI de la Vienne en 2013. Ce travail a pour objectif principal de décrire ce dispositif après un an de fonctionnement et pour objectif secondaire d'étudier l'évolution du nombre de mesures de protection. Pour cela, nous avons fait une analyse descriptive des 44 situations de femmes enceintes à partir des fiches de liaison rédigées par les professionnels du service de PMI et des maternités. Nous avons ensuite étudié le devenir des enfants et l'évolution des mesures de protection prononcées entre 2012 et 2013. L'analyse fait apparaître la pertinence de l'évaluation en prénatal et la complexité des situations prises en charge qui comportent, dès la grossesse, une moyenne de 3,3 indicateurs de risque de mise en danger de l'enfant. En août 2014, 1 enfant sur 5 a été placé et plus de la moitié de notre cohorte a bénéficié d'une mesure de protection. Un suivi par les professionnels de la PMI est toujours effectif pour la moitié d'entre eux ; 1 enfant sur 5 présente un retard de développement. Le nombre d'enfants placés avant l'âge de 3 mois a été multiplié par 2,7. Ce facteur n'est plus que de 1,1 à l'âge de 8 mois. Nous avons aussi mis en évidence l'absence d'intégration dans le dispositif de 7 situations de protection de l'enfance sur 10. Ce dispositif récemment mis en place est amené à évoluer et un suivi des enfants sur plusieurs années serait nécessaire pour évaluer son impact sur le devenir des familles.

TITRE EN ANGLAIS : Management of psychosocial risk pregnancies in Vienne, french department : assessment after one year of an innovative prevention protocol.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS : Enfance en danger, information préoccupante, grossesse, maltraitance, périnatalité, prévention précoce, protection de l'enfance, réseau, risque psychosocial.

INTITULÉ ET ADRESSE : UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex