

# **PÉRINATALITÉ**

**et**

# **PARENTALITÉ**

**Rapport remis le 25 février 2006, à Philippe BAS,**  
Ministre délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes  
âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille,  
**par Marie-Thérèse HERMANGE, Sénateur de Paris**

# SOMMAIRE

<b>Lettre de mission</b>	4
<b>INTRODUCTION</b>	7
<b>I - Constat : Une politique d'accueil du nouveau-né à parfaire</b>	10
<b>A/ Quand notre politique de périnatalité est à améliorer</b>	12
1/ Quand les indicateurs épidémiologiques parlent	13
2/ Quand l'organisation des soins est à perfectionner	13
3/ Quand la précarité empêche le suivi périnatal	15
4/ Quand les suites de couches nécessitent un meilleur suivi	15
5/ Quand les comportements addictifs des femmes enceintes ont des incidences sur l'enfant	16
<b>B/ Quand la relation est en danger</b>	17
1/ Repères théoriques sur les interactions parents-nourrisson	19
2/ Quand le danger menace	21
<b>II – Recommandations : Une politique de périnatalité développementale et sociale à construire</b>	24
<b>A/ Le temps de l'attente</b>	26
- Proposition 1 : Systématiser l'entretien du quatrième mois	26
- Proposition 2 : Renforcer la collaboration entre les équipes de PMI et les structures hospitalières	27
- Proposition 3 : Développer des staffs de parentalité au sein des maternités	28

- Proposition 4 : Constituer des staffs intermaternités et des réseaux régionaux de périnatalité	31
- Proposition 5 : Développer les consultations de tabacologie, d'addictologie et d'alcoologie dans les maternités	32
<b>B/ Le temps de la naissance</b>	<b>33</b>
- Proposition 6 : Enrichir et développer le concept des hôpitaux amis des bébés	33
- Proposition 7 : Créer des « maisons des bébés et des parents » dans chaque maternité	34
- Proposition 8 : Accroître le nombre des unités mère-enfant	35
- Proposition 9 : Soutenir les parents qui ont un enfant différent des autres	36
<b>C/ Le temps de l'accompagnement</b>	<b>36</b>
- Proposition 10 : Savoir exprimer par des mots la confiance et l'accueil	37
- Proposition 11 : Bien se nourrir pour bien grandir	38
- Proposition 12 : Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile	39
- Proposition 13 : Créer des unités de soins mobiles parents-bébés	41
- Proposition 14 : Développer davantage le dispositif des femmes-relais	42
- Proposition 15 : Promouvoir d'autres relais d'accueil de la petite enfance	42
- Proposition 16 : Instituer des « staffs de parentalité » dans toutes les structures dédiées à la petite enfance	43
- Proposition 17 : Lancer des assises nationales de la périnatalité	44
<b>CONCLUSION</b>	<b>45</b>
<b>Remerciements</b>	<b>47</b>

*« Ce qui m'émeut si fort de ce petit prince endormi, c'est la fidélité pour une fleur, c'est l'image d'une rose qui rayonne en lui comme la flamme d'une lampe, même quand il dort (...) il faut bien protéger les lampes : un coup de vent peut les éteindre ».*

Antoine de SAINT EXUPÉRY

*« Nous aimons nos enfants...  
Mais puisque nous les aimons tant, comment se fait-il que nous ne sachions pas ce qui leur fait mal ? »*

*Elie WIESEL*

# INTRODUCTION

*Ce n'est pas un hasard  
si dans la langue française  
**bien naître et bien-être**  
s'entendent de la même façon.*

Danièle RAPOPORT

Moins important aux yeux de beaucoup que le CAC 40 et qu'un certain nombre de déterminants financiers, il convient de porter une **attention toute particulière à ce temps de la mise au monde**, tant il est vrai que la fracture du lien social provient bien évidemment de critères économiques, mais aussi de la façon dont **notre société entoure, soutient et « enveloppe » avant, pendant et après la naissance**, l'enfant et ses parents.

Or accueillir l'enfant **dans toutes ses dimensions** nous oblige, puisqu'à lui seul celui-ci n'a pas d'exigence, et à plus forte raison le bébé. Il est donc du devoir des adultes de susciter son épanouissement dans un contexte familial et sociétal propice à son développement, et ce, **dès les premiers pas de son histoire. Tous les experts nous le disent.**

Or, au moment où, dans de nombreux domaines, toute décision est précédée d'une expertise, nous nous devons de convoquer celles et ceux qui, après des recherches cliniques, ont saisi combien, dans ce temps de la naissance et à travers **l'itinéraire de la maternité** vont se jouer le développement de l'enfant, et l'apprentissage de la parentalité. En effet, **les spécialistes de la petite enfance** n'ont de cesse d'attirer notre attention sur l'empreinte fondamentale des premières années et de nous rappeler que si, dès la petite enfance, la figure des adultes représente insécurité, incertitude, inquiétude ou encore manque d'amour et de tendresse, naîtront alors chez l'enfant non seulement des sentiments d'agressivité et de violence psychologique contre lui-même, sa famille, voire contre la société, mais également des difficultés dans ses capacités d'adaptation intellectuelle et dans sa faculté d'apprentissage et de concentration.

Plus précisément, en se reportant aux **travaux relatifs la psychopathologie du bébé**, nous ne pouvons qu'être interpellés par l'importance du lien qui se construit entre parents et enfant – mais aussi avec leur environnement éducatif proche – dans ce temps de la naissance et de la mise au monde.

### **Que nous disent les spécialistes de la psychopathologie des bébés ?**

Sans être exhaustif, nous voulons mentionner ici, dans le cadre de ce rapport relatif au temps de la naissance les références qui nous semblent majeures en la matière, lesquelles nous sont apparues particulièrement synthétisées dans l'ouvrage « *la psychopathologie du bébé* », élaboré sous l'autorité du Professeur Serge LEOVICI et Françoise WEIL-HALPERN<sup>1</sup>.

Konrad Lorenz a montré l'impact considérable qu'ont **les émotions** et les troubles **ressentis dès les premiers temps de la vie sur toute une existence** ; John BOWLBY, père de la « **théorie de l'attachement** » réciproque de la mère à l'enfant, indique combien la carence de soins maternels peut avoir des conséquences difficiles sur le plan social ; Daniel Stern, qui a créé le concept de « **l'accordage affectif** », témoigne du fait que ce qui ne fait pas l'objet d'un bon accordage affectif ou d'un partage des sentiments va entraîner des frustrations, lesquelles auront un retentissement sur le développement social de l'enfant ; Léon Kreisler a démontré combien les **carences affectives chroniques** peuvent être causes de troubles somatiques et d'inorganisation de la personnalité ; Serge Lebovici, avec sa théorie des « **interactions précoces** », a montré combien toute infirmité de la relation dans l'enfance engendre une infirmité de la communication, de la confiance en soi, de son épanouissement et de son rapport à l'autre ; René SPITZ a lui aussi expliqué combien, pour se développer physiquement et psychiquement, l'enfant a besoin de **relations affectives stables tout autant que de nourriture** ; Donald WINNICOTT, avec son concept « **d'environnement intérieur** », montre que si l'entourage de l'enfant fait défaut, il en résultera « *une carence de l'amour primitif. C'est l'environnement qui doit alors donner une occasion nouvelle à la relation au moi, afin de l'aider à réparer cette faille narcissique et à résoudre des conflits identitaires* »<sup>2</sup>. Dans leur sillage, les Professeurs GOSLE, CYRULNIK, LE CAMUS, MORO, BERGER, GUEDENEY, DAVID, SOULÉ, ont, eux aussi, avec d'autres, manifesté combien **les processus d'attachement** sont une des composantes du lien précoce parents-bébé. C'est dire que lorsque l'enfant a intériorisé une **image maternelle et parentale sécurisante**, il développe un **sentiment de confiance en lui et dans les autres qui lui permet de se construire en s'éloignant ultérieurement de ses parents pour mieux explorer le monde. Dans le contraire, le bébé va développer un attachement « insécuré, désorganisé, désorienté »**, incapable d'utiliser un mode de contact cohérent. Cela se manifestera ultérieurement par un refus de dépendre de l'adulte même lorsqu'il est anxieux.

C'est pourquoi il est important **d'aller au-delà d'une approche strictement organique du temps de la maternité et de la mise au monde, et de compléter le suivi médical de la grossesse – tel qu'il est conçu actuellement – pour mieux tenir compte de la dimension psychique** de celle-ci. Autrement dit, il est nécessaire de répondre aux

---

<sup>1</sup> On se reportera notamment à la lecture de la « Psychopathologie du bébé », de Lebovici S. et Weil-Halpern F., Paris, PUF, 1989, qui fait le point sur l'ensemble du développement psychomoteur du tout-petit

<sup>2</sup> in « L'enfant et le monde extérieur », Payot, Paris, 1997, p.167.

préoccupations médicales des futures mères, mais aussi de prendre en considération les risques induits par les troubles de l'attachement qui peuvent conduire à des carences relationnelles, et avoir des conséquences ultérieurement tant sur les parents que sur le devenir de l'enfant.

C'est dans ce contexte, qu'il convient, par une volonté politique, **d'impulser une politique de périnatalité sociale et développementale**, et de prêter une attention toute particulière à des **situations de vulnérabilité** qui peuvent advenir **dès la naissance** et fragiliser les enfants et parents. C'est ce que nous examinerons dans le deuxième partie de ce rapport, à partir d'initiatives conduites ici et là, après avoir analysé dans une première partie **notre politique d'accueil du nouveau-né telle qu'elle est conçue actuellement**.

# I

## Constat

### Une politique d'accueil du nouveau-né à parfaire

*« Les suites de couche, la durée du congé de maternité, l'assistance pour la recherche d'un mode de garde, sont des enjeux de santé publique capitaux. Les professionnels le savent, personne n'en parle. Quant aux hommes politiques, ils s'en moquent car c'est difficile à chiffrer »<sup>3</sup>.*

Catherine DOLTO

Les propos du Dr Catherine DOLTO traduisent avec justesse les enjeux qui se nouent autour de la naissance. En effet, si toute naissance est d'abord un accouchement, elle est bien plus que cela. Une femme accouche, un enfant vient au monde, c'est une personne ; une femme devient mère, un homme devient père ; c'est alors toute une génération qui naît : grands-parents, oncles et tantes, frères et sœurs. En outre, il faut distinguer **un avant** et **un après la naissance**, faits l'un et l'autre d'une trame de liens affectifs qui nous inscrivent dans une trame de liens de filiation.

Chaque enfant qui naît, le fait dans un cadre parental bien spécifique et dans un environnement familial qui n'est superposable à aucun autre. Aussi, si tout doit être convoqué **sur le plan technique et médical** pour cette naissance, tout doit être également convoqué pour ce **projet parental**, **avant** comme **après la**

---

<sup>3</sup> « La vaillance du nouveau-né » in *Le Nouvel Observateur*, hors-série n°36

**naissance.** C'est pourquoi, dans ce temps majeur de l'attente et des tous premiers jours de l'accueil de l'enfant, il convient d'aider les parents à devenir et à être parents, et de mieux anticiper les situations à risques.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Nous l'analyserons au regard de notre politique d'accueil du nouveau-né tant dans sa **composante périnatale (A)** que du **danger qui menace** lorsque la **relation initiale est perturbée (B)**.

## A/ Quand notre politique de périnatalité est à améliorer

En trente-cinq ans, la France a élaboré pas moins de trois plans destinés à parfaire notre politique de périnatalité. Ainsi le plan gouvernemental, élaboré sous l'autorité de Marie-Madeleine DIENESH, a-t-il permis, entre 1970 et 1980, d'améliorer la situation sanitaire liée à l'accouchement.

Puis, le gouvernement d'Edouard BALLADUR a conçu, sous l'autorité de Simone VEIL, le « Plan gouvernemental de périnatalité » du 2 avril 1994. Il se fixait alors quatre objectifs : diminuer la mortalité maternelle<sup>4</sup> de 30% ; diminuer la mortalité périnatale<sup>5</sup> de 30% ; réduire le nombre d'enfants de faible poids à la naissance de 25% ; enfin, réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies au cours de leur grossesse.

Quant aux décrets « périnatalité » du 9 octobre 1998<sup>6</sup>, publiés sous le gouvernement de Lionel JOSPIN, ils ont amplifié la volonté du plan périnatalité du plan de 1994. Avec le souci d'améliorer la qualité de la surveillance des grossesses et d'assurer, par le biais d'un maillage sanitaire en réseau conciliant sécurité sanitaire et proximité de l'accueil des mères, la mise en place d'une organisation destinée à assurer l'orientation des prises en charge en fonction des pathologies et des moyens disponibles.

Enfin, le 10 novembre 2004, le Plan périnatalité 2005-2007, présenté symboliquement à la maternité de l'hôpital Tenon, à Paris, par Philippe DOUSTE-BLAZY, alors ministre de la Santé, doit permettre, d'ici à 2008, de réduire, d'une part, la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1 000 naissances contre 6,5 actuellement). Et, d'autre part, la mortalité maternelle de plus de 40% (soit de 5 pour 100 000 contre 9 aujourd'hui). Pour y parvenir, une enveloppe de 270 millions d'€ de crédits a été mobilisée afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, mais aussi pour aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance.

Il n'en reste pas moins vrai que l'objectif de la sécurité de la mère et de l'enfant à l'accouchement, comme la mise en place d'un suivi postnatal adapté à la mère et à l'enfant, nécessitent une **vigilance constante** dans la recherche

---

<sup>4</sup> La mortalité maternelle est le rapport des décès maternels observés durant une année, au nombre des naissances vivantes de la même année, généralement exprimé pour 100 000.

<sup>5</sup> La mortalité périnatale est le nombre de décès de nouveaux-nés de moins de sept jours (mortalité néonatale précoce) et morts foetales après au moins 28 semaines de gestation ou un poids foetal minimum de 1000g, pour 1000 naissances (naissances vivantes et enfants morts nés).

<sup>6</sup> Les décrets 98-899 et 98-900, du 9 octobre 1998, précisent l'organisation des soins périnataux :  
-quant à la définition des objectifs des diverses unités de soins (obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale) ;  
-quant aux précisions concernant les locaux et le personnel des divers secteurs ;  
-quant à la constitution de réseaux de soins périnataux.

de l'amélioration de la qualité du suivi de la grossesse. Et ce d'autant que **la santé de l'enfant, pendant la vie intra-utérine, conditionne largement son développement ultérieur.**

## **1/ Quand les indicateurs épidémiologiques parlent**

En premier lieu, **les indicateurs de mortalité périnatale** montrent que si la France a réalisé de réels progrès depuis ces dernières décennies, il n'en demeure pas moins que les résultats obtenus ne la situent pas encore au rang des meilleurs. Ainsi la mortalité périnatale s'élevait-elle, en 2003, à 6,5 pour 1 000 (soit environ 4 800 décès par an ; sans oublier les 75 à 80 femmes qui décèdent des suites de leur grossesse chaque année) ; la France se situait alors dans le dernier quart du classement des pays européens.

Autre constat : **la mortalité maternelle** reste peu évoquée, alors que le taux de décès ne place pas la France à un taux d'excellence (9 pour 100 000 naissances). A titre de comparaison, la Finlande et le Royaume-Uni sont à des taux voisins de 7 pour 100 000. Or, en France, la moitié de ces décès pourrait être évitable selon les experts.

## **2/ Quand l'organisation des soins est à perfectionner**

L'organisation des soins en maternité a été profondément modifiée, afin d'éviter les transferts des nouveaux-nés en les soignant, si possible, en maternité, et/ou en leur donnant la vie dans une maternité adaptée à leur risque prévisible et dotée, dans les cas les plus sérieux, d'une réanimation néonatale et/ou d'un service spécialisé à la pathologie détectée pendant la grossesse.

C'est dans cette optique que le groupe d'étude en néonatalogie et urgences pédiatriques de la région parisienne (GENUP.RP) a défini différents niveaux<sup>7</sup> de soins néonataux, répartis selon les besoins des nouveaux-nés. Les maternités (de type I, II et III)<sup>8</sup> sont, elles, organisées en fonction des soins de néonatalogie dispensés aux nouveaux-nés. Elles

---

<sup>7</sup> Le niveau de soins 1 concerne les nouveaux-nés bien portants ; le niveau de soins 2 concerne les nouveaux-nés présentant des pathologies mineures ; enfin, le niveau de soins 3, destiné aux nouveaux-nés présentant des pathologies, nécessite une unité de néonatalogie implantée ou non dans la maternité ; quant aux niveaux 4 et 5, ils sont dispensés en service de soins intensifs.

Les niveaux de soins 1 et 2 doivent pouvoir être dispensés dans des maternités de type I, les soins de niveaux 3 dans des maternités de type II, les soins de niveau 4 et 5 dans des centres prénatals.

<sup>8</sup> « Les maternités de niveau I ne sont pas associées à un service de néonatalogie ou de réanimation situé à proximité néonatale ; les maternités de niveau II disposent uniquement d'un service situé à proximité ou de soins intensifs néonataux ; les maternités de niveau III disposent d'un service de réanimation néonatale, situé à proximité. Le critère de proximité étant la possibilité d'un transfert sans véhicule », in Ruffie A., Deville A., Babeaud A., « Etats des lieux des structures obstétricales et néonatales en France », in Journal de Gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction, « Conférence de consensus. Prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né selon leur degré de risque », éditions Masson, Paris, décembre 1998, p.37.

se voient attribuer, en fonction de leur statut, les équipes médicales et paramédicales nécessaires.

A cet égard, deux constats doivent être faits.

D'abord au regard de **l'état des lieux des structures obstétricales et néonatales en France**. La disparité dans l'organisation de l'offre des soins peut avoir des conséquences sur le niveau des soins, dans la mesure où, dans de nombreuses régions, non seulement les centres de maternités de niveau III sont saturés de fait de leur notoriété, mais aussi dans certains cas en raison de leur incapacité à organiser les transferts nécessaires – après période critique – des nouveaux-nés. Or, cette relative indépendance de fonctionnement dans différents niveaux de maternités peut avoir des conséquences sur l'enfant dès sa naissance puisque, en cas de naissance de grand prématuré, les décès *pré-partum* sont multipliés par huit si l'accouchement a lieu dans une maternité de niveau II ou III, et par douze s'il a lieu dans une maternité de niveau I. c'est dire combien une bonne organisation des soins néonatales, peut dépendre, dans les cas extrême ; l'avenir du tout petit.

Le deuxième constat est à faire **au regard de l'encadrement médical des structures obstétricales et néonatales**. Comme tous les métiers liés à la petite enfance, la démographie médicale dans ce secteur pose problème, et des inégalités flagrantes apparaissent d'une région à une autre, avec des conséquences non négligeables comme en témoigne l'Enquête nationale périnatale de 2003, rendue publique par le ministère de la Santé qui constate à la fois **une augmentation du nombre de femmes n'ayant pas eu de consultation avec l'équipe responsable de l'accouchement, et une augmentation du nombre de primipares qui n'ont pas eu de préparation à la naissance**. Alors que, dans le passé, l'évolution était très nettement en sens inverse. Ceci pourrait provenir de difficultés d'accès à certaines maternités devenues plus distantes et de difficultés des services à organiser des consultations prénatales et des préparations à l'accouchement.

A cela, il convient d'ajouter **les conséquences de la judiciarisation de la médecine**, puisque aujourd'hui, et demain plus encore – à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, en raison d'indemnités trop élevées, les accoucheurs exerçant en privé ne seront plus couverts par l'assurance qui exerçait cette mission – le sou médical (il assure un tiers des 1 500 accoucheurs privés recensés dans l'Hexagone). Dans un tel contexte, à la problématique posée dans le secteur public s'ajoute celle des obstétriciens qui exercent dans le privé. Cette nouvelle donnée relance donc le débat quant à la mise en place de la gestion des risques médicaux concernant la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie.

### 3/ Quand la précarité empêche le suivi périnatal

L'un des premiers risques pour une femme et son enfant à venir est de **ne pouvoir accéder à un suivi normal de sa grossesse**. Généralement, le suivi médiocre ou inexistant des grossesses est lié à la **situation de précarité**, à la **pauvreté des mères**, à l'absence de couverture sociale, à l'**âge**. Il pèse lourdement sur les pathologies périnatales, mais aussi sur les relations mère-enfant.

Toutes les études le démontrent, comme celle publiée à l'hôpital Louis-Mourier, à Colombes, qui témoigne qu'un suivi médiocre ou nul des grossesses multiplie par 5 le risque de prématurité, et par 3 le risque d'un poids de naissance inférieur à 2,5 kg. Parallèlement, les résultats présentés en 2000 de l'étude menée par la direction de la Recherche et des études du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, révèlent que les femmes les plus démunies ont une grossesse moins bien suivie et que les indicateurs de santé sont systématiquement défavorables puisque : 15% ont eu moins de 7 visites périnatales, contre 8% pour les autres femmes. Autres constats : 24% sont plus souvent hospitalisées, au lieu de 21% ; 7,5% de leurs enfants sont prématurés, contre 5,7% ; le taux d'enfants ayant nécessité une hospitalisation particulière ou un transfert est également plus élevé pour ce groupe de femmes, 9,8% au lieu de 7,4%. Enfin, 36% des femmes peu ou pas suivies n'ont pas de couverture sociale, pour 4% des bien suivies.

### 4/ Quand les suites de couche nécessitent un meilleur suivi

Si pendant le temps de la grossesse, mère et enfant sont scrutés par la sonde de l'échographe, une fois accomplis les actes strictement médicaux, parfois 48 heures après la naissance, les jeunes accouchées sortent généralement de l'hôpital en pleine montée de lait et de baby blues. Ce dernier pouvant parfois se transformer, quelques mois plus tard, en dépression post-partum. Or, *« les effets négatifs de la dépression maternelle sur le développement du bébé sont bien connus. Et les enfants qui y sont exposés sont considérés comme une population à risque psychologique »* selon le Docteur DELOUR, médecin PMI à Paris. C'est dire combien l'impact des risques somatiques comme des risques psychosociaux nécessite un **accompagnement de la mère sans rupture**, et avec une **cohérence minimale** dans le suivi **avant et après la grossesse**.

De 10 à 15% des 750 000 jeunes accouchées par an, en France, souffrent non pas d'un simple post-partum mais d'une véritable dépression dans les trois premiers mois après la naissance de leur bébé. Elles ressentent un véritable état mélancolique et ce d'autant plus que ce n'est plus vers elles que se tournent l'attention de l'entourage et du corps médical. Bénéficiant rarement de soins à domicile, et comme mises à la porte de la maternité, ces nouvelles mères vont tâtonner pour arriver à comprendre

leur enfant, s'épuiser, et bien souvent se décourager. C'est ainsi que le Docteur DELOUR note « *Jamais une société humaine n'a laissé les jeunes mères aussi seules sans aide pratique, ni soutien moral ignorant tout de ce qu'est un vrai bébé* ». Or, **l'état psychique de la mère** influence les réactions du bébé comme le montrent très bien les vidéos dites de « still face » (visage immobile). Un nourrisson de 6 semaines sourit, écarquille les yeux, ouvre les lèvres en forme de « O », ou encore tente de se redresser, s'il est sollicité par une maman bien dans sa peau. A l'inverse, une femme déprimée, absente affectivement et s'exprimant sur un ton monocorde, n'arrivera pas à susciter l'intérêt de son bébé du même âge, qui va s'affaisser dans son berceau, à moitié endormi.

Face à ce constat, médecins et psychiatres s'interrogent non seulement sur la durée de prise en charge à l'hôpital mais aussi sur la durée du congé maternité. Celle-ci n'est pas la plus faible des pays européens, mais elle est bien plus courte que dans les pays scandinaves puisque les jeunes femmes accouchées peuvent bénéficier de près de douze mois de congés de maternité.

## **5/ Quand les comportements addictifs des femmes enceintes ont des incidences sur l'enfant**

Concernant **le tabac**, est-il besoin de le rappeler : la cigarette a des effets nocifs pour la femme enceinte comme pour le fœtus. Ces risques sont aujourd'hui mieux connus et détaillés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) : risques accrus de grossesses extra-utérines, fausses couches, accouchements prématurés, mort subite du nourrisson, faible poids à la naissance, et autres effets négatifs de la nicotine sur le système nerveux du fœtus et du nourrisson. Or, malgré cela, plus d'un tiers des femmes fument encore au début de leur grossesse.

Quant à **la consommation d'alcool** qui concerne un quart des femmes, une expertise collective de l'Inserm, publiée en 2001, a mis en évidence qu'une consommation quotidienne d'alcool, même très modérée, ou des ivresses épisodiques, peuvent provoquer des accouchements prématurés, des retards de croissance du fœtus, ainsi que des troubles psychiques et comportementaux chez l'enfant. Par ailleurs, pendant les trois premiers mois, l'alcool peut produire des malformations du bébé : visage déformé et retard de croissance. Le témoignage du Professeur Michel REYNAUD de l'unité d'addictologie à l'hôpital Paul-Brousse est à cet égard éloquent : « *On dit beaucoup aux futures mères de ne pas fumer. Mais le risque lié à l'alcool est réel. Contrairement au tabac, l'alcool a des effets sur le développement mental ultérieur de l'enfant* ».

C'est dans cette optique que doit être pris en considération le combat législatif initié par la Sénatrice Anne-Marie PAYET pour lutter contre le

**syndrome d'alcoolisation fœtale.** Il est à noter aussi l'engagement du Docteur TITRAN, pédiatre à Roubaix, qui participe comme d'autres médecins à ce débat.

Quant aux **drogues** selon l'ouvrage d'expertise collective de l'Inserm, paru en 2005, sur le thème « *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent* », la consommation de cannabis au cours de la grossesse a été associée, dans des études longitudinales, à des **perturbations comportementales chez l'enfant, notamment à une impulsivité accrue et à une diminution des capacités d'attention.** Il a également été décrit une augmentation des troubles externalisés, en particulier chez les garçons dont la mère faisait usage de cocaïne pendant sa grossesse. En effet, comparé à un groupe témoin, ces garçons « exposés » présentaient des scores deux fois plus élevés de comportements agressifs.

Dans tous les cas, il convient de prévenir les difficultés relationnelles pour éviter les drames ultérieurs en les prenant mieux en charge. Mais auparavant, il importe de bien comprendre, appréhender et évaluer la dynamique des échanges et interactions entre parents, nourrisson et son environnement quand la relation est en danger. C'est ce que nous allons examiner maintenant.

## **B/ Quand la relation est en danger**

Pendant la grossesse, de nombreuses modifications vont bouleverser l'équilibre fragile de la femme. « *A la jonction de deux plaques tectoniques de l'existence de la femme –celle de l'adolescence et celle de la maturité- comme en géologie, cette zone est le siège de nombreuses éruptions, parfois violentes, qu'il est du devoir des soignants sinon de prévenir, du moins de prédire, pour en atténuer les effets* »<sup>9</sup>.

Ainsi la grossesse peut-elle activer ou « réactiver des expériences douloureuses de rupture », induire « des schémas relationnels dysharmonieux »<sup>10</sup>, conduisant à un mauvais « accordage affectif », selon l'expression du Dr Daniel STERN, et révéler des dysfonctionnements de la fonction parentale.

---

<sup>9</sup> Diquelou J.-Y., « Le dépistage prénatal des dysfonctionnements majeurs mère-enfant et leur prise en charge dans un service de gynécologie obstétrique », mars 1998, document confié à Marie-Thérèse Hermange.

<sup>10</sup> Delour M., « Journal de gynécologie obstétrique et biologique de la reproduction : Conférence de consensus. Prise en charge de la femme enceinte et du nouveau-né selon leur degré de risque », éditions Masson, Paris, décembre 1998, p.140.

En effet, les travaux de nombreux experts témoignent que des indicateurs de risques, dénommés « *clignotants* » (grossesse ayant fait l'objet d'une demande d'IVG, enfant mal venu, antécédents obstétricaux, psychiatriques ou personnels, antécédents de séparation ou de maltraitance, conditions de vie ou encore grossesse antérieure non suivie) peuvent présager, pendant cet itinéraire de la maternité, d'« *une certaine vulnérabilité, voire d'une douleur méconnue, parfois cachée, parce que toujours présentée comme honteuse* »<sup>11</sup>. C'est dire qu'au confluent de plusieurs structures, le **lieu même de la maternité et le temps de la maternité** sont bien ceux qui peuvent permettre d'assurer une politique de santé globale de prévention du lien parental, dès le début du processus vital. Or, **les maternités n'ont pas toujours pris conscience qu'elles représentent ce carrefour privilégié** pour l'observation de ce lien parental et la prévention de dysfonctionnements éventuels. Sans doute parce que la médecine s'est de plus en plus technicisée. Sans doute aussi, comme le souligne le Dr Dominique GIRODET, pédiatre, chef de service à l'hôpital Montmorency, à Paris, et vice-présidente de l'Afirem (Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée), parce que « *les situations de maltraitance ne font pas appel aux schémas de pensée classiques, ni aux pratiques que requièrent les situations médicales ordinaires. En effet, en ce qui concerne le diagnostic, il n'y a pas de marqueur, pas de symptômes spécifiques ; au niveau thérapeutique, pas de traitements valides ; au niveau préventif, la nécessité d'une action à long terme rend son efficacité beaucoup plus difficile à mesurer, que le résultat d'un vaccin* »<sup>12</sup>.

Pourtant les recherches doivent être prises en considération puisque toutes indiquent que, selon l'expression de Michel SOULÉ, « *le travail préventif auprès des familles avant et aussitôt après la naissance apparaît essentiel dans toute politique de prévention précoce* »<sup>13</sup>, dans la mesure où il peut éviter des dépressions maternelles postnatales graves, comme des hospitalisations lourdes.

Nous allons donc essayer de mieux saisir quels sont les repères théoriques dans la relation parents-mourrisson, pour mieux comprendre l'enjeu de cette relation et du danger qui menace enfant et parents lorsque, très tôt, celle-ci est perturbée<sup>14</sup>. Cette partie a été élaborée à partir de l'analyse faite par Martine LAMOUR et Marthe BARRACO dans leur livre « *Souffrances autour du berceau* », qui nous semble bien synthétiser, comme d'autres, l'approche dont il est question ici.

---

<sup>11</sup> Diquelou J.-Y., op. cit.

<sup>12</sup> Girodet D., Actes du colloque « Regards européens sur la protection de l'enfance », Marie-Thérèse Hermange (dir.), M&M Conseil, p.203.

<sup>13</sup> Soulé M., op.cit, p.752.

<sup>14</sup> Martine LAMOUR et Marthe BARRACO, in « *Souffrances autour du berceau* »

# 1/ Repères théoriques sur les interactions parents-nourrisson

## a/ Interactions réciproques : parents-nourrisson

Les interactions se définissent, en général, comme l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre le nourrisson et ses différents partenaires. Elles sont de trois ordres, notamment **au regard de la mère**.

- Les **interactions comportementales**<sup>15</sup> : *Il s'agit de la manière dont le comportement de l'enfant et celui de la mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. Suivant la qualité des ajustements entre la mère et son bébé (c'est-à-dire la perception des signaux, leur déchiffrage, l'adéquation de la réponse de chacun des partenaires), on parlera d'interaction harmonieuse ou dysharmonieuse.*

- Les **interactions affectives**<sup>16</sup> : *Il s'agit des influences réciproques de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère. C'est dans ce contexte que « L'accordage affectif » permet à la mère et son enfant de faire l'expérience d'un sentiment d'une intimité profonde, et au bébé le sentiment de se sentir compris et accompagné dans ses émotions.*

- Les **interactions fantasmagoriques**<sup>17</sup> : *Il s'agit des influences réciproques de la vie psychique de la mère et de celle de son bébé. C'est ici que s'anime l'enfant imaginaire ; c'est là que prendront valeur les projections et les anticipations parentales à dominante positive, mais aussi qui peuvent hélas être négatives.*

Mais le **père a un rôle aussi dans ce processus d'interactions** puisque, comme le dit Jean Le Camus, « *L'un n'est pas l'autre* »<sup>18</sup> qui indique que le dialogue père-enfant est conçu comme plus particulièrement adapté à l'ouverture vers l'environnement.

Ainsi, à **chaque étape du développement du nourrisson correspond un nouveau stade de la parentalité**. Les parents doivent faire un effort conséquent **d'adaptation**. Mais le **premier développement est rapide** puisque le bébé franchit un grand nombre d'étapes en très peu de temps. C'est dans ce contexte qu'une mère ou un père vulnérable, peut se désorganiser à certaines étapes de ce processus. Et quand la relation père-mère-bébé est désorganisée, les trois partenaires peuvent s'enfermer dans une spirale néfaste, laquelle **réclame**

---

<sup>15</sup> Martine LAMOUR et Marthe BARRACO, in « *Souffrances autour du berceau* », page 16

<sup>16</sup> Idem, page 17

<sup>17</sup> Idem, page 18

<sup>18</sup> Pères et Bébé – L'Harmattan – Paris 1995

**très tôt un accompagnement de la rencontre dans une optique de prévention.**

### **b/ Le développement de la parentalité**

La naissance d'un enfant implique des remaniements psychologiques qui vont bouleverser le fonctionnement des parents. Ce processus de maturation de **la personnalité est désormais désigné par le terme de parentalité**, qui peut se définir comme *l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs permettant à des adultes de devenir parents, c'est-à-dire de répondre aux besoins de leur(s) enfant(s) sur le plan corporel (soins nourriciers), affectif et psychique*<sup>19</sup>.

### **c/ Le développement de l'enfant**

Grâce aux échanges avec ses parents, le bébé va passer de la parcellisation à l'organisation de la pensée, de la perception d'objets externes mal différenciés à la construction d'objets internes, la représentation d'une mère, d'un père qu'il va intérioriser. Sans omettre un aspect fondamental de son développement dès le stade *in utero* : sa mémoire. Ainsi s'écrit « *une histoire interactive où chaque Unité successive incorpore les Unités précédentes ; des scénarios se construisent et sont mémorisés* »<sup>20</sup>.

Ces quelques repères théoriques font bien comprendre que ce sont dans les **petits riens du quotidien** que vont se construire les **grands liens**. C'est ce **bain d'humain** qui va faire du bébé un petit homme, avec une vie psychique et affective riche et complexe. C'est dire que quel que soit son environnement (famille, pouponnière, hôpital), le bébé a **besoin d'un lien qui l'humanise**, il a besoin de recevoir une qualité et une continuité d'attention d'adulte. Le bébé noue ainsi des attachements privilégiés, c'est-à-dire des relations stables, fiables et sécurisantes. Cette **relation d'attachement confiante** se caractérise par le *sentiment de se sentir protégé et en sécurité en présence d'une personne spécifique, et par le désir de rétablir le contact et la proximité avec elle en son absence*<sup>21</sup>.

La construction de cet attachement s'élabore bien évidemment **avec les parents, mais aussi dans le cadre de relations établies au sein des lieux d'accueil** où est l'enfant, et au sein desquels le bébé va se construire des modèles relationnels. D'où l'importance d'une relation confiante entre parents, éducateurs et enfant.

---

<sup>19</sup> Martine LAMOUR et Marthe BARRACO, in « *Souffrances autour du berceau* », page 28

<sup>20</sup> D.N. Stern – « *un manière de construire un nourrisson cliniquement pertinent*, in *Revue de médecine psychosomatique* 1994 n°37/38

<sup>21</sup> LIBERMAN, PAWL, *Clinical applications of attachment theory*, dans *Clinical implications of attachment*, BELSKY, 1988 page 327/351

Ainsi la qualité des échanges entre les différents partenaires est primordiale tant pour les parents que pour l'enfant. Dans le cas où celle-ci devient à être dysharmonieuse, les perturbations engendrent une pathologie du lien et font peser sur l'enfant des risques qui peuvent être durables sur son développement.

## 2/ Quand le danger menace

Référence d'amour et de protection, la famille peut devenir l'univers clos et aliénant des tyrannies de l'intimité. Prenant bien souvent pour cible l'enfant elles conduisent à des violences intra-familiales qui ne sont **pas spécifiques aux familles en difficulté**, et se rencontrent dans toutes les strates de la sociétés.

Se manifestent alors des **négligences et carences graves et souvent chroniques** qui touchent plus particulièrement les nourrissons au moment où la dépendance de l'enfant à l'égard de son environnement est maximale.

Les **familles carencées** se définissent par : *l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent ; l'absence d'organisation de la vie quotidienne et la fréquence des situations de crise ; l'histoire des parents marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance ; la fréquence d'une psychopathologie grave, souvent non reconnue et non traitée comme telle chez les parents<sup>22</sup>.*)

L'importance de ces carences peut conduire, à la privation des soins corporels, à une perturbation des rythmes temporels, à des troubles somatiques, alimentaires, langagiers, comme à des perturbations de croissance, mais aussi à des hospitalisations répétées ou à des placements au sein de l'Aide sociale à l'enfance.

C'est dans ce contexte - et pour remédier aux carences intrafamiliales - que notre pays s'est doté d'un dispositif de Protection de l'Enfance composite, souvent complexe, dont l'objectif est de suppléer autant que faire se peut aux difficultés familiales.

Or, la **souffrance des parents comme celle des enfants peut aussi entraîner celle des intervenants médicaux et sociaux qui s'occupent de ces enfants carencés**. *A ne pas être parent de ces petits bébés, peut-on se mettre dans un état de disponibilité émotionnelle qui permette la rencontre, sans s'engouffrer dans les mêmes sentiments d'appartenance qui scellent la relation parents-enfant ? Ce problème touche tout particulièrement les personnes qui accueillent un bébé à temps complet. A trop s'attacher à un enfant à la crèche ou à la pouponnière, les auxiliaires, les assistantes maternelles s'épuisent et ne peuvent plus continuer leur métier. A se protéger de l'attachement, elles risquent la*

---

<sup>22</sup> Martine LAMOUR et Marthe BARRACO, in « Souffrances autour du berceau », page 48

*mécanisation, la dévitalisation du lien et de s'enfermer dans des gestes opératoires*<sup>23</sup>.

Les problèmes que rencontrent alors les soignants ne sont pas dus à leur incompétence mais reflètent en grande partie la souffrance de l'enfant.

Mais **cette souffrance peut se traduire aussi au niveau de l'ensemble du système institutionnel de la protection de l'enfance**. S'il n'est pas de notre propos, ici, d'analyser l'ensemble de notre **système de protection de l'enfance**, il convient de noter que la **complexité** de notre dispositif aboutit bien souvent à une absence de coordination, elle-même d'ailleurs dénoncée par les professionnels comme étant une forme de maltraitance institutionnelle. Les relais entre les différents professionnels font perdre du temps, alors que bien souvent la notion d'urgence doit aussi être prise en compte.

C'est ainsi que dans l'histoire de Pascal<sup>24</sup>, il aura fallu huit longues années pour lui trouver un cadre de vie adapté après la mobilisation de dix sept intervenants : le médecin de famille, la directrice de l'école maternelle, le médecin et l'infirmière de la PMI, l'assistance sociale du secteur, la psychologue du dispensaire, la psychologue scolaire, l'éducateur et l'éducatrice de l'AEMO, la psychologue et la responsable de l'AEMO, le commandant de la brigade de la Gendarmerie, le juge des enfants, le médecin et la psychologue du centre de pédopsychiatrique du centre hospitalier. Or, si dans l'histoire de Pascal un certain nombre de **facteurs** avaient été **pris en considération très en amont** – problème de violence dans l'enfance de son père, problème d'alcoolisme et d'abus sexuel de la mère, elle-même placée en institution, incertitude sur la filiation de Pascal, dépression de la mère âgée de vingt ans lors de la grossesse – le cercle vicieux de souffrances de ce jeune garçon aurait pu, en grande partie, et à tout le moins, ne pas conduire à l'Aide sociale à l'enfance.

C'est dire que cette logique institutionnelle conduit bien souvent à une prise en charge trop tardive, au point que dans la plupart des situations la **notion de prévention au sens de devancer** et d'éviter l'apparition de cette inadaptation, de souffrances, et de drames, n'est pas toujours prise en considération. En effet bien souvent, l'enfant accueilli dans les services de la protection de l'enfance, l'est une fois que la crise, le danger, la maltraitance ont eu lieu. C'est ce qu'il convient de modifier par une **politique de prévention précoce**.

\*\*\*

---

<sup>23</sup> Idem, page 126

<sup>24</sup> GABEL M., JESUS F., MANCIAUX M., « *Maltraitance institutionnelle* », Fleurus – Paris 1998

La lecture des constats engage à faire des recommandations pour mettre en place cette politique de **prévenance précoce**, de façon globale autour de l'enfant. En matière de périnatalité, nous la nommerons **politique de périnatalité développementale et sociale**. Elle a pour vocation – dans une sorte de **philosophie de l'alerte et de l'interrogation qui multiplie les points de vue et oblige à des nuances** – de **construire des micro solidarités à travers des lieux d'écoute, de médiation et de soins permettant de sortir des systèmes traditionnels, d'aller vers une logique de reconnaissance des potentialités en termes de savoir et de compétences, tant de la part des professionnels que des parents**. N'est-ce pas, d'ailleurs, quant à la méthode, le message de Sylvie TROSA veut nous faire passer dans son livre « *Quand l'Etat s'engage* », lorsque, appelant à une modernisation du service public, elle propose « *une démarche contractuelle et un partenariat avec la société civile pour mieux servir le public, en passant de l'universel abstrait aux solutions spécifiques* » ? Tel est le sens des propositions qui vont être faites dans la deuxième partie de ce document, et qui ont pour objectif, dès l'aube de la personnalité, de favoriser le lien familial, mais aussi construire du lien social, rejoignant ainsi la sagesse du proverbe hindou : « *La nation marche sur les pieds fragiles de ses petits enfants* ».

## II

### Recommandations

# Une politique de périnatalité développementale et sociale à construire

*« J'aimerais redire qu'il n'est pas abusif, comme certains le pensent ou le craignent, de devancer le besoin manifesté implicitement par certains parents d'être aidés à assumer leur fonction éducative. C'est la non intervention et l'inattention aux problèmes, aux fragilités qui s'expriment qui sont dangereuses pour l'enfant et pour ses parents ».*<sup>25</sup>

Marie-Claire LAMUNIÈRE

Le progrès technique en obstétrique et néonatalogie ainsi que la surveillance périnatale ont conduit, ces dernières années, à des avancées considérables permettant de prévenir le handicap au stade fœtal. Ces progrès posent cependant de nouvelles questions, et interrogent juristes et médecins. Notre propos n'est pas ici de développer la réflexion sur ce dossier complexe. Mais si nous l'évoquons, c'est pour saisir, par contraste, et comme un **paradoxe de la modernité**, qu'au moment où la médecine fait des progrès impressionnants, des situations plus quotidiennes peuvent échapper à la meilleure des vigilances, comme en témoigne le Pr FRYDMAN qui, dans la préface, du livre de Myriam SCZEGER intitulé « *ces neuf mois là* » écrit « *la médecine a écrit au cours de ces dernières années de telle façon que les progrès technologiques y ont pris une telle importance que le spécialiste, même curieux de la vie psychique de*

---

<sup>25</sup> Lamunière Marie-Claire, vulnérabilités parentales, éditions médecin et hygiène, Genève 1998 page 35

*ses patients a rarement la possibilité d'y prêter attention. En médecine hospitalière, si l'obstétricien peut entendre, il a à répondre à une demande spécifique, et son approche reste organique. »*

Ainsi, compte tenu des expertises mentionnées plus haut, il convient d'y remédier en mettant en place une **culture de la prévenance** dont le fil rouge est de tout faire pour soutenir les difficultés d'un enfant et ou de ses parents en l'amenant à « *mettre des mots sur ce qui le touche et l'affecte* » **avant qu'une crise, un danger, un risque ou une maltraitance ne se manifeste**. Tel est le sens de cette politique de prévenance : une politique d'attention, de considération, de délicatesse envers l'autre, qui plus qu'une technique est un **état d'esprit**.

C'est dans cette perspective qu'autour des **trois temps de la naissance** : le **temps de l'attente (A)**, le **temps de la naissance proprement dite (B)**, le **temps de l'accueil et de l'accompagnement (C)**, nous formulons des propositions concrètes pour **initier cette politique de périnatalité développementale**. Celles-ci ont été réfléchies à partir d'une série d'initiatives<sup>26</sup> mises en place en France ou à l'étranger.

Une telle politique implique **deux préalables** :

- **toujours mieux former les professionnels** : en effet, tous les acteurs savent aujourd'hui combien une politique de formation permet de mieux prendre en compte certaines pathologies pas toujours évidentes à prendre en charge. **Les départements** qui ont dans leur champ de compétences les missions de prévention, agissent bien souvent en ce sens. Certains d'entre eux confrontés à des difficultés particulières, initient des politiques plus spécifiques voire plus ambitieuses. C'est ainsi qu'en Seine-Saint-Denis, médecins et sages-femmes se sont impliqués, dès le milieu des années 90, dans des actions de formation. Résultat : une analyse de la variation de mortinatalité sur 10 ans (de 1986 à 1995) pour la France a montré que la diminution de la mortinatalité a été significativement plus importante en Seine-Saint-Denis qu'en France, avec moins 3,6 pour 1 000, contre moins 1,9 pour 1 000. En Ile-de-France, elle a été de moins 2,6 pour 1 000. De fait, les actions mises en place par la suite ont eu pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des grossesses.

- **toujours mettre en œuvre les moyens pour accompagner les politiques énoncées** : a/ Autant le repérage des populations à risque est nécessaire, autant la mise en œuvre de moyens pour soutenir et traiter doit-elle suivre. C'est ainsi que par exemple l'examen du quatrième mois prévu dans le plan périnatalité nécessite, pour une sage-femme, un entretien d'une quarantaine de minutes. C'est dire la nécessité

---

<sup>26</sup> Il est à noter compte tenu du temps imparti pour l'élaboration de ce rapport certaines initiatives méconnues de l'auteur n'ont pu être mentionnées ; de même, d'autres expérimentées dans tel ou tel département sont peut être mises en place ailleurs. Nous demandons aux départements et hôpitaux qui les pratiquent toute notre indulgence en la matière.

d'augmenter le nombre de sages-femmes sur le territoire national au regard de cette nouvelle mesure.

- **toujours mieux évaluer** : Toute politique – et à plus forte raison lorsqu'il s'agit de l'accueil de l'enfant – nécessite une évaluation des pratiques mises en place. Il convient d'avoir à l'esprit, et de ne pas omettre cette dimension fondamentale dans le domaine de la périnatalité tant dans le domaine épidémiologique que dans le domaine développemental.

## A/ Le temps de l'attente

Pendant ces neuf mois là, et à travers l'itinéraire de la maternité, le lieu même de la maternité va être celui vers lequel la future mère et le futur père vont tourner leur regard et fonder tout leur espoir. C'est pourquoi, le **lieu même de la maternité** doit être pris en considération à la fois dans sa **dimension organique** et dans sa **dimension développementale**. C'est, dans cette optique, que nous proposons de **systématiser l'entretien du quatrième mois (proposition 1), de renforcer la collaboration entre équipes de PMI et structures hospitalières (proposition 2), de développer les staffs de parentalité au sein de maternités (proposition 3), de constituer des staffs intermaternités ainsi que des réseaux de périnatalité (proposition 4), de développer les consultations de tabacologie, d'addictologie et d'alcoologie dans les maternités (proposition 5).**

### **Proposition n°1**

#### **Systématiser l'entretien du quatrième mois**

Le plan périnatalité 2005-2007, présenté en novembre 2004 par Philippe DOUSTE-BLAZY, alors ministre de la Santé, préconisait la création d'un « entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois », réalisé sous la responsabilité principalement des sages-femmes. Cet entretien s'ajoute ainsi aux sept examens prénataux obligatoires et à la préparation à la naissance au cours de séances collectives. Individuel ou en couple, il se veut être systématiquement proposé aux futurs parents, au cours du 4<sup>ème</sup> mois, afin de préparer, avec eux, les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Or, ce n'est pas le cas il convient donc de systématiser, comme le fait le Conseil général des Hauts-de-Seine (département où l'on recense 25 000 naissances par an ; à titre de comparaison, on en recense 30 000 sur Paris intra muros), par le biais du service de PMI. En effet, dans toutes les maternités du département, il

est proposé aux futurs parents cet **entretien du quatrième mois**. Il s'agit davantage d'un examen psychologique que médical : il vise, en effet, à préparer la grossesse. La future mère est donc invitée à exprimer « le projet de naissance » ainsi que « le devenir des parents ». Mais, cet entretien est également l'occasion d'appréhender tout problème psycho-social et, le cas échéant, envisager une orientation vers un psychologue ou un psychothérapeute, afin de trouver soutien et écoute. Une grande nouveauté, donc, à l'heure où la surveillance de la femme enceinte relève d'abord d'une logique médicale<sup>27</sup>.

En effet, avec en moyenne de 7 à 9 visites obligatoires chez le médecin pendant la grossesse –c'est le cas de 90% des femmes enceintes-, les échographies à répétition, les prises de sang destinées à détecter la rubéole, la toxoplasmose ou encore la trisomie 21 –deux tiers des femmes enceintes le font-, la grossesse est de plus en plus prise en charge comme une ... maladie ! Ainsi la femme enceinte, qui devrait se sentir épanouie et ravie d'attendre un heureux événement, se trouve subitement projetée dans une période d'inquiétudes, d'interrogations, de doutes, le tout rythmé par des résultats biologiques.

## **Proposition n°2**

### **Renforcer la collaboration entre les équipes de PMI et les structures hospitalières**

La vocation même des services de PMI, comme les expériences innovantes conduites ici et là, font des acteurs de la PMI des interlocuteurs privilégiés pour des équipes soucieuses de s'engager dans la prise en charge des risques médico-sociaux. Or, bien souvent, les liens existants entre le milieu hospitalier et ces services sont trop distendus, ce qui nuit à l'efficacité du dispositif. En effet, si les consultations périnatales gérées par les PMI se pratiquent avec les équipes obstétricales, celles-ci étant bien souvent extérieures à l'hôpital ne permettent pas d'évaluer les conditions sociales de la grossesse. La protection maternelle et infantile a une triple mission : **lutter contre la mortalité périnatale et la mortalité infantile, promouvoir la santé publique et lutter contre les inégalités**. C'est pour tenir compte de cette triple vocation que le département de Paris a mis en place dans chaque maternité parisienne une structure départementale de PMI, permettant à toute femme enceinte d'évaluer ses droits médicaux et sociaux (1 700 femmes environ

---

<sup>27</sup> « Comme tous les mois, je sors juste du laboratoire d'analyses médicales. Mais cette fois un sentiment de malaise me tenaille. Je viens de faire d'une façon très anodine une prise de sang qui est tout sauf anodine : elle doit me dire le pourcentage de risque que tu sois trisomique 21. Tout s'est enchaîné si naturellement que je n'ai jamais imaginé les tenants et les aboutissements de cette prise de sang. Il y a tant d'examen lors d'une grossesse, entre les examens des urines et du sang. Je n'ai pas sourcillé quand la gynécologue me l'a prescrite ». Extrait de « Bébé, mon amour », de Véronique Chavigny-Bouquet. Editions Dangles, 2005. Page 51.

recouvrent, chaque année, leurs droits, et en conséquence ont un meilleur suivi de leur grossesse).

L'expérience étant concluante, nous estimons qu'il est important de renforcer la collaboration entre les équipes de PMI et les structures hospitalières, et si possible d'installer une structure départementale de PMI dans chaque maternité. Cette collaboration aurait pour objectifs :

- de **repérer les risques médico-sociaux** afin d'adapter le type de prise en charge des parents et des nouveaux-nés et ceux conformément aux normes fixées dans les décrets d'octobre 1998.

- **d'organiser en réseau la prise en charge de la grossesse**, de la naissance et du suivi *post partum* de la mère et du nouveau-né, selon les facteurs de vulnérabilité médico psycho-sociaux.

- **d'orienter les mères vers des lieux de naissance adaptés** aux risques dépistés et en particulier des femmes à risque d'accouchement très prématurés.

- de **soutenir les femmes en difficulté sociale ou psychologique**, ou qui ont des pratiques addictives (drogues, tabac, alcool)

- **d'assurer le même accès aux soins** quelle que soit la couverture sociale des intéressées pour permettre, dans toute la mesure du possible, aux femmes non assurées sociales de recouvrer leurs droits sociaux dans les maternités et garantir la prise en charge de leurs soins dans la période où elles sont sans couverture sociale.

- **d'orienter les mères vers les dispositifs municipaux et ou départementaux** susceptibles, avant, pendant et après la grossesse, d'offrir des prestations d'accompagnement non médical.

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

Une telle proposition a été émise dans le rapport du Haut comité de la santé publique de 1998 intitulé « *la progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* ».

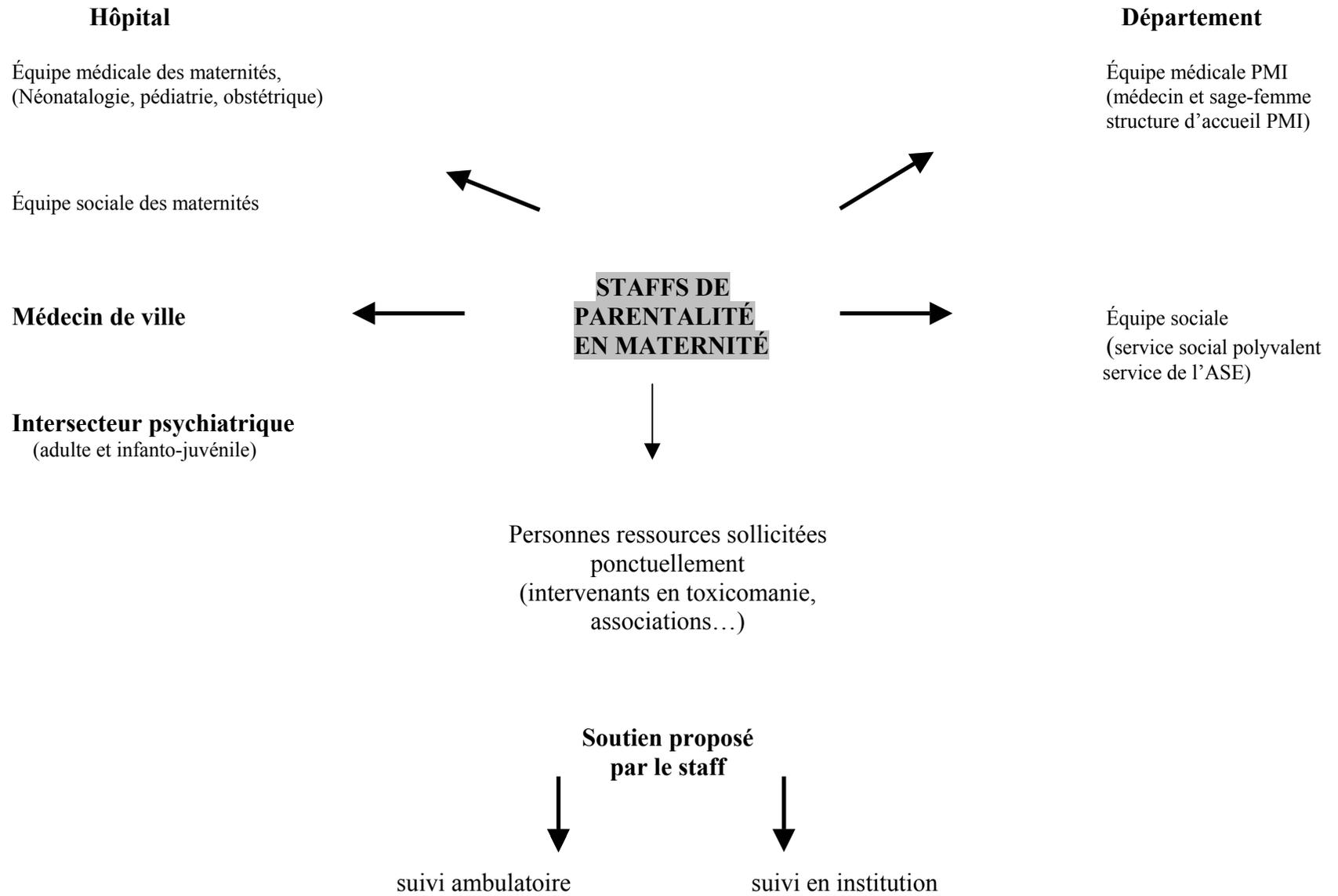
### **Proposition n°3**

## **Développer des staffs de parentalité au sein des maternités**

Dans le même ordre d'idées – toujours pour mieux accompagner celles et ceux qui sont fragilisés psychologiquement, mais de façon plus institutionnelle que les groupes de paroles qui peuvent exister ici et là – il convient de noter l'expérience pertinente faite depuis plus de dix ans à Draguignan, par le

Docteur DIQUELOU. Celui-ci a institué des staffs de parentalité qui réunissent autour de l'obstétricien tous les acteurs de l'hôpital et hors hôpital : obstétriciens, pédiatres ainsi que leurs équipes hospitalières respectives, médecins de PMI, service social polyvalent, responsable de l'Aide sociale à l'Enfance et service de pédopsychiatrie. Ils ont pour mission d'évaluer, dès le stade **ante-natal**, les situations présentant des facteurs de risque et de proposer, suite à une **délibération collective** de l'ensemble des acteurs **une orientation et un soutien** adapté au regard des problèmes rencontrés à partir des consultations pré-natales et l'écoute des couples. Il s'agit de **soutenir les parents avant la survenue d'un risque éventuel**. Cette méthode de travail est conforme aux travaux de Michel SOULÉ qui a particulièrement travaillé sur le travail préventif auprès des familles avant et aussitôt après la naissance. Il note « *ce travail apparaît essentiel dans toute politique de prévention laquelle doit reposer sur trois idées force : la notion de précocité, la prise en considération de l'hygiène mentale infantile, et la transdisciplinarité, c'est-à-dire le mode de participation de tous les acteurs médico-sociaux qui interviennent pour quelques raisons que ce soient auprès des familles.* »

Ces staffs ont été mis en place dans certaines maternités de l'AP-HP.



Aujourd'hui, chaque département, qui a dans ses compétences le champ de la prévention, pourrait initier une telle démarche, en liaison avec les acteurs hospitaliers et sociaux. Celle-ci pourrait être prise en compte dans le cadre du processus d'évaluation et d'accréditation actuellement mis en œuvre dans les hôpitaux. Ainsi, se tisserait-il en France un réseau national de prévention et de protection de l'enfance, dès le stade prénatal, d'une dimension exceptionnelle et novatrice dans sa conception.

### **Proposition n°4**

## **Constituer des staffs intermaternités et des réseaux régionaux de périnatalité**

Un réseau, défini comme une multiplicité d'acteurs pluri-institutionnels ayant un objectif commun, permet d'optimiser les compétences au profit d'une population bien définie : il favorise non seulement l'accessibilité aux soins, mais aussi la continuité et la cohérence, grâce à la mise en place de relais efficaces entre des équipes techniques complémentaires, intervenant depuis la période prénatale jusqu'à la sortie de la maternité, notamment dans les cas de **difficultés médicales** (hypertension, diabète, trépanocytose, prééclampsie).

C'est ainsi qu'il est proposé de constituer des **réseaux régionaux de périnatalité**, à l'image, par exemple, du réseau de transfert in utero de l'hôpital Antoine Béchère<sup>28</sup>, ou de ceux qui fonctionnent en Seine-Saint-Denis comme dans d'autres départements.

Ces réseaux répondraient aux objectifs suivants :

- **réduire le taux de mortalité infantile**
- **optimiser l'organisation actuelle**
- **réduire, voire supprimer, la séparation mère-enfant, dans les cas de grossesses à risques.**

Dans le même esprit, en Seine-Saint-Denis, département précurseur dans le domaine de la périnatalité, il convient de noter la **constitution de « staffs intermaternités »**.

---

<sup>28</sup> Celui-ci a été constitué en liaison avec l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France.

La quasi-totalité des maternités du département y sont représentées et toutes les catégories professionnelles de la périnatalité (obstétriciens, sages-femmes de maternités et de PMI, médecins de protection maternelle, échographistes, pédiatres...) y participent. En pratique, des dossiers délicats sont présentés et débattus dans un climat de confiance, sans aucune hiérarchie. Ainsi, au fil des réunions, les professionnels apprennent-ils à se connaître, à respecter leur complémentarité d'exercice et à partager informations et connaissances.

Ce type d'initiatives **mérite d'être généralisé** car elles participent non seulement d'une **meilleure prise en charge des soins** mais elles constituent aussi pour l'ensemble des acteurs une **formation indispensable et transdisciplinaire**.

### **Proposition n°5**

## **Développer les consultations de tabacologie, d'addictologie et d'alcoologie dans les maternités**

Tous les rapports sur le tabagisme, l'alcool, la drogue démontrent l'accroissement conséquent de la consommation de ces substances comme de leur précocité. Les incidences négatives d'un tel phénomène tant sur le développement de l'enfant à naître que sur la santé du nourrisson, durant les premières années de la vie, ne sont plus à démontrer. Or cette période périnatale est un moment propice pour mettre en oeuvre une aide à l'arrêt de ces phénomènes addictifs.

C'est pourquoi, les campagnes de prévention contre le tabac, la drogue et l'abus d'alcool, menées au niveau national, doivent s'accompagner de **consultations spécifiques** au sein des maternités et des services de gynéco-obstétrique. Cet enjeu de santé publique majeur doit se concrétiser par la création d'un espace dans lequel chaque femme est accueillie par des professionnels, spécialisés et formés dans la prévention des addictions. La mission interministérielle de lutte contre la drogue pourrait en liaison avec la direction générale de la santé être chargée de la concrétisation de ce type de consultation.

En outre, il serait également pertinent de proposer à chaque femme, à l'occasion d'une consultation de gynéco-obstétrique, de remplir un **questionnaire** concernant son statut tabacologique, addictologique **ainsi que sa consommation d'alcool**. Et, selon le résultat, le praticien pourrait lui remettre une **plaquette d'informations** sur les méfaits du tabac, de la drogue et de l'alcool, en particulier pendant la grossesse et au-delà.

## B/ Le temps de la naissance

Il est le temps de l'avènement, des premiers liens, du premier cri, du premier sourire, du **passage de l'enfant imaginaire à l'enfant réel**, du début des projections et anticipations parentales. C'est donc un temps de rencontre privilégié qui nécessite **soins médicaux, mais aussi soins affectifs de la part de tous**. C'est dans cet esprit, qu'à partir des initiatives dont nous avons eu connaissance, ici et là, nous proposons **d'enrichir et de développer le concept des hôpitaux amis des bébés (proposition 6), de créer des « maisons des bébés et des parents » dans chaque maternité (proposition 7), des unités mère-enfant en plus grand nombre (proposition 8), de soutenir le parents qui ont un enfant différent (proposition 9).**

### **Proposition n°6**

#### **Enrichir et développer le concept des hôpitaux amis des bébés**

S'il convient de noter que la politique des maisons de naissance a été expérimentée depuis 1975 aux Etats-Unis, puis chez nos voisins européens (Allemagne – déjà une quarantaine de structures – Suisse, Belgique, Grande-Bretagne, Autriche), nous voulons particulièrement mentionner l'exemple de la Suède où toutes les maternités –sans exception- sont certifiées « **Hôpitaux amis des bébés** ». Ce label international qui existe depuis 1992 - à l'initiative de l'OMS et de l'Unicef – est attribué aux hôpitaux (19 000 dans le monde) qui favorisent d'une part, le respect des besoins et des rythmes du nouveau-né dans des conditions douces et favorables à son épanouissement, d'autre part, **l'allaitement maternel**. En pratique, l'équipe pluridisciplinaire d'un service « Ami des bébés » a été préalablement formée pour aider la maman et sa famille à faire naître et accueillir leur bébé

Dans le même esprit, se développe aujourd'hui le concept de maisons de naissance qui se définissent comme le lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes. C'est ainsi que le Plan Périnatalité 2005-2007 du Gouvernement préconise la mise en place, à titre expérimental de « **maisons de naissance** », **attendant ou au sein des services d'obstétrique**, et fonctionnant avec des sages-femmes libérales et/ou hospitalières. L'objectif visé ? Permettre une moindre médicalisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité immédiate du plateau technique (blocs opératoires, soins intensifs, réanimation). C'est dans ce contexte que les Hôpitaux universitaires de Strasbourg ont créé un « espace de la naissance »,

situé au sein de l'hôpital mère-enfant de Hautepierre. Il s'inscrit dans la « réorganisation de l'activité et des pratiques afin d'améliorer la prise en charge des patientes », selon les propres termes de la direction de l'hôpital. L'ouverture de cette maison de naissance représente ainsi la possibilité de démedicaliser la naissance de l'enfant, sans pour autant accroître le risque en cas de complication. L'accouchement « comme à la maison » autorise les patients à se réapproprier leur acte. Et la proximité du milieu hospitalier permet, si difficultés il y a, de profiter de l'infrastructure hospitalière : une réactivité vitale pour le bébé comme pour la maman.

Le CHU de Nantes travaille aussi actuellement à la création d'un espace d'accouchement dans lequel les sages-femmes libérales pourraient accompagner l'accouchement des femmes qu'elles ont suivi, avec le soutien et la sécurisation. Cet espace serait aménagé par les sages-femmes elles-mêmes, pour permettre d'intégrer les demandes des parents.

Pour appliquer le Plan périnatalité 2005-2007, et dans la mesure où les équipes le souhaitent, cette nouvelle façon d'accoucher doit être prise en considération. Mais une telle politique ne doit pas occulter les graves problèmes médicaux auxquels peuvent être confrontés mère et enfant pendant le temps de la grossesse. Aussi **conviendrait-il de faire évoluer et d'enrichir le concept des hôpitaux amis des bébés avec sa double dimension d'accueil et de progrès médical.**

En ce sens notre pays pourrait être à l'initiative d'une démarche auprès de l'Unicef, et lancer une grande campagne de labellisation des hôpitaux amis des bébés avec cette double dimension d'accueil et de progrès médical.

## **Proposition n°7**

### **Créer des « maisons des bébés et des parents » dans chaque maternité**

Parmi les propositions du Plan périnatalité 2005-2007, la création de « **centres périnataux de proximité** », **en dehors des maternités**, est également une piste à suivre. Dans ce type de centre, les jeunes mamans peuvent s'y rendre après les 48 heures passées à la maternité et peuvent y séjourner pendant une période de 8 à 10 jours, selon les besoins. C'est aussi une occasion pour les mamans de se reposer, de dormir, de ne se soucier ni du ménage, ni de la cuisine<sup>29</sup>...

Nous pensons que **le lieu de la maternité** est aussi l'endroit idéal pour participer à un travail de prévention en confortant les relations mère-père-bébé,

---

<sup>29</sup> « Je me sens fatiguée aujourd'hui. Physiquement et nerveusement. Je suis heureuse des visites et en même temps je ne rêve que d'une chose : dormir un peu ». Extrait de « Bébé, mon amour », de Véronique Chavigny-Bouquet. Editions Dangles, 2005. Page 202.

et désamorçant l'installation de situations de maltraitance ou de troubles de comportement. C'est dans cet esprit, que nous proposons, comme elles existaient des maternités de Tenon et Lariboisière, la création de maison de bébé et de parents dans chaque maternité de l'hexagone.

Conçues, sur le principe des maisons vertes de Françoise DOLTO, comme des lieux d'accueil, hors de toute prescription médicale, elles s'apparentent à des lieux d'accompagnement ouverts à tous, **avant, pendant et après l'accouchement** où les parents peuvent trouver conseils et réponses à leurs questions.

En présence d'une équipe, composée d'une sage-femme, d'une puéricultrice de PMI et d'une psychologue, ces maisons ont également pour vocation d'être un **espace de parole, d'échange et d'information pour les jeunes parents**. Elles offrent aussi la possibilité aux mamans, qui se sentent vulnérables au moment de la naissance, de venir s'épancher. A Tenon et Lariboisière : elles se révélaient souvent être l'occasion de la première sortie après le retour à domicile des jeunes mères, et jouaient également un autre rôle d'écoute et de socialisation.

## **Proposition n°8**

### **Accroître le nombre des unités mère-enfant**

Si pendant le temps de la grossesse, mère et enfant sont scrutés par la sonde de l'échographe, une fois accomplis, les actes strictement médicaux, parfois 48 heures après la naissance, les jeunes accouchées **sortent généralement de l'hôpital 48 heures en pleine montée de lait et de babyblues**, celui-ci se transformant pour **10% des femmes qui accouchent (environ 75 000 femmes) en véritable dépression post-partum**. Or, les effets négatifs de la dépression maternelle sur le développement du bébé sont connus, et les enfants qui y sont exposés sont considérés comme une population à risque psychologique. C'est dans cet esprit, qu'ont été conçues les **unités mères-enfant** qui accueillent, en général, une dizaine de mères avec leur bébé, pour traiter les problèmes qui surviennent dans les interactions mère-bébé, ainsi que leurs effets sur l'enfant, lorsqu'ils sont liés à des pathologies aiguës comme une dépression du post-partum, une psychose ou autre décompensation schizophrénique grave. L'unité traite à la fois la désorganisation psychiatrique de la mère, qui l'empêche d'être une « bonne mère », ainsi que les premiers stades du développement psycho-affectif du bébé. Les pères sont bien évidemment inclus dans ce processus de guérison. L'hospitalisation dure en moyenne trois mois, de façon à éviter toute rechute.

Ce type d'unité qui existe à Créteil, Montesson, Marseille, Bordeaux, Besançon, Nantes, Limoges, Saint-Cyr l'école ou encore Paris, **mériterait d'être développé, et d'être pris en considération notamment pour l'accueil des grossesses adolescentes**. Elles complèteraient les initiatives prises par de nombreuses associations qui organisent des séminaires de formation sur le

thème de « la grossesse à l'adolescence » mis en place par les Caisses d'allocations familiales.

## **Proposition n°9**

### **Soutenir les parents qui ont un enfant différent des autres**

Si le Gouvernement a, par sa loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, amélioré la politique du handicap nous ne dirons jamais assez combien, dans ce domaine, **mieux dépister** - par la constitution de réseaux régionaux de périnatalité, par la spécialisation de centres de PMI, par la mise en place de structures de PMI au sein de chaque maternité - et **mieux former**, méritent une attention particulière. A cet égard, il s'avère de plus en plus difficile de trouver des vocations pour travailler auprès de celles et ceux porteurs des handicaps. Une des raisons de cette désaffection est l'absence de formation et d'information sur le handicap dans des programmes pédagogiques. Il serait utile dans cette perspective d'introduire un temps horaire obligatoire de formation paramédicale et médicale, afin d'initier toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin, sont concernés par la politique de périnatalité, à la connaissance des handicaps, des pathologies infantiles courantes, et des soins élémentaires à dispenser.

Mais au-delà, il convient d'abord de **soutenir** les parents par un accompagnement humain et psychologique complétant les prestations existantes en la matière. A cet égard, au-delà de l'allongement du congé de maternité et de l'amélioration du dispositif de l'allocation de présence parentale prévue par la loi du 11 février 2005, il conviendrait **qu'au sein de chaque maison départementale du handicap une cellule d'écoute, d'information et de suivi assortie d'un numéro vert** puisse dispenser toutes les informations aux parents concernés par la présence du handicap. **Un petit livret d'accueil** répertoriant l'ensemble des organismes, des dispositifs, puisse être distribué à chaque famille.

## **C/ Le temps de l'accompagnement**

Il est le **temps de l'établissement d'une relation avec une ou plusieurs personnes**, relation qui lui ou leur permettra de vivre dans les temps de passage d'une situation à une autre situation, une continuité relationnelle tant physique que psychique et émotionnelle. La **définition du verbe**

**accompagner** donnée par le dictionnaire Larousse illustre bien l'usage de ce terme, pas seulement dans le sens « *d'aller quelque part avec quelqu'un* » mais aussi de « *mettre en place des mesures visant à atténuer des effets négatifs de quelque chose* » ou encore « *d'aider à supporter des souffrances physiques et psychiques* »<sup>30</sup>. De plus, comme le souligne Martine LAMOUR, « *accompagner introduit l'idée d'un partage : être avec ; d'une action commune : faire avec et non pas faire à la place de* »<sup>31</sup>.

C'est dans cet esprit que **pour éviter le passage à certaines situations de risques nous proposons d'exprimer par des mots la confiance et l'accueil (proposition 10), de bien dire la nécessité de bien se nourrir pour bien grandir (proposition 11), mais aussi dans les situations les plus difficiles de créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile (proposition 12), des unités de soins mobiles parents-bébé (proposition 13), de développer davantage le dispositif femmes-relais (proposition 14), de promouvoir d'autres relais d'accueil de la petite enfance (proposition 15), d'instituer des « staffs de parentalité » dans toutes les structures dédiées à la petite enfance (proposition 16), et d'organiser des assises de la périnatalité (proposition 17).**

## Proposition n°10

### **Savoir exprimer par des mots la confiance et l'accueil**

*« Lorsque l'enfant paraît le cercle familial applaudit à grands cri ».* Qu'il semble universel et paradoxalement souvent éloigné de notre réalité quotidienne ce vers tellement connu de notre grand poète, vers qui initie à une image toute empreinte d'émerveillement et de tendresse devant l'arrivée du nouveau-né. Bien sûr la naissance est toujours un événement unique pour le cercle de famille marqué par la joie. Mais, dans notre société les préoccupations sur la santé de l'enfant, sa croissance, son éducation, son avenir, comme la pensée de tous les dangers réels ou fantasmés pèsent, dès la naissance sur cette nouvelle vie, et bien souvent omet que dès la naissance le bébé a d'abord un grand besoin d'amour. C'est la raison pour la laquelle il conviendrait d'abord de dire aux parents combien **un seul regard d'amour** posé sur un enfant vaut plus que toute déclaration et disposition institutionnelle. Cette affirmation qui peut sembler bien pauvre gagnerait à être prise en considération comme premier principe de nos actions et interventions car il faut bien constater qu'elle n'est pas une évidence. De fait, c'est l'amour seul qui permet de voir l'enfant sous les traits de celui qu'on a tendance à ramener à un cas, celui qui est prévu dans nos lois et règlements, qui permet de voir en premier lieu l'enfant et non le trisomique. Un seul enfant sauvé, protégé et épanoui vaut bien tous nos engagement et tous efforts : il vaut tout l'or du monde.

---

<sup>30</sup> Petit Larousse 1997

<sup>31</sup> Martine LAMOUR et Marthe BARRACO, in « *Souffrances autour du berceau* », page 175

Or, aujourd'hui, l'événement de la naissance est vécu comme une maladie tant il a été médicalisé. Sans nier les dangers qui peuvent peser sur cette nouvelle vie, dans un temps où les grands-parents sont bien souvent loin de leurs enfants et petits-enfants, il convient **d'envelopper les parents, de les guider et de les rassurer** pendant cette période si particulière de leur existence. Une période durant laquelle ils prennent conscience qu'ils sont désormais responsables d'une autre vie dont ils sont les auteurs et que paradoxalement **UN + UN = TROIS**. C'est la raison pour laquelle nous préconisons que soient distribués dans toutes les maternités

- D'une part, **un petit livre pour dire le jaillissement d'une nouvelle vie**, le premier cri, le premier sourire, le premier regard ; pour dire non pas l'enfant rêvé mais un enfant à aimer, à comprendre, à connaître ; un petit livre qui pourrait être élaboré sur le modèle de celui écrit merveilleusement par Anne-Laure FOURNIER LE RAY « *Murmures à un bébé qui vient de naître* ».

- D'autre part, **un livret intitulé être parents** : les étapes de votre enfant, pour expliquer les évolutions du comportement de l'enfant, de son développement dès le premier âge de la vie.

- Enfin, **multiplier des groupes paroles au sein des maternités**, comme le font de nombreuses associations - à l'initiative notamment de la Fédération nationale des Ecoles des parents et des éducateurs<sup>32</sup>.- qui rendent au chevet des mamans qui viennent d'accoucher, afin d'entamer un dialogue avec elles, conscientes du fait que, dans cette quête de bouleversement psychologique, au moment de la naissance, toutes les occasions de soutien mutuel avec des professionnels quelque soit leur discipline doivent être mises à profit.

## Proposition n°11

### **Bien se nourrir pour bien grandir**

Si nous avons dit précédemment combien il était important dès le temps de la naissance d'exprimer à travers deux petits livrets **le temps de l'amour et**

---

<sup>32</sup> La Fédération nationale des Ecoles des parents et des éducateurs (FNEPE) est une association loi 1901, reconnue d'utilité publique. Elle anime et coordonne un réseau de 44 Ecoles des parents et des Educateurs, à travers l'Hexagone, dont la mission première est d'accompagner les parents, les professionnels et les enfants, afin de renforcer les alliances éducatives. Cette mobilisation passe par l'animation de groupes de parole, des conférences-débats, des consultations, des bilans d'orientation scolaire, des services téléphoniques et autres séances de formations. Autant d'actions concrètes qui permettent à la FNEPE d'assurer également une fonction d'observatoire de la parentalité, à tous les âges et à chaque étape décisive de la vie. Par ailleurs, à l'instar d'autres associations réparties sur l'ensemble du territoire, l'Ecole des parents et des éducateurs de Loire-Atlantique organise, à Vertou (en partenariat avec la PMI, la CAF et la Ville), à raison de 6 samedis matin par an, des rencontres thématiques pour les parents de nourrissons. Parmi les thèmes abordés : attachement/séparation, l'éveil de l'enfant, l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille...

**la compréhension d'être parents** (voir proposition 11) **le temps de l'accueil**, s'exprime aussi à travers la relation qui s'établit entre parents et enfant par l'intermédiaire de **la nutrition. Au-delà de l'allaitement maternel, dont nous connaissons l'importance dans la relation mère-enfant**, le suivi alimentaire dès le premier âge est une donnée essentielle du développement de l'enfant. C'est dans cet esprit, que depuis 2005, le Syndicat français des aliments de l'enfance (SFAE) distribue **un Carnet de suivi alimentaire de l'enfant** (qui a reçu le soutien du Programme national nutrition santé –PNNS-), de la naissance jusqu'à 3 ans, dans quelque 500 maternités à travers l'Hexagone. Cet outil de dialogue entre les parents et leur médecin a déjà été remis à plus de 675 000 mères.

Ce carnet personnalisé, interactif et destiné aux parents, est également d'une grande utilité pour les médecins. En effet, ayant d'emblée accès à des renseignements précis sur les habitudes alimentaires de l'enfant, les médecins personnalisent leurs conseils en matière d'alimentation du jeune enfant et corrigent les éventuelles « erreurs » des parents.

En outre, grâce à l'historique alimentaire de l'enfant, noté par les parents sur le carnet, les médecins peuvent établir, confirmer et fiabiliser leurs conseils nutritionnels ou médicaux.

De bonnes habitudes alimentaires se prennent, rappelons-le, avant l'âge de 3 ans. Il est donc important d'apprendre à son bébé les bases d'une alimentation variée et équilibrée.

Selon un sondage SFAE-TNS Sofres, réalisé en août 2005 auprès de 800 mères de bébés, 1 maman sur 2 connaît le Carnet de suivi alimentaire et plus de 7 mères sur 10 le jugent utile. Autre constat : 72% des mamans possédant ce carnet déclarent l'avoir déjà utilisé et un quart d'entre elles dit avoir modifié certaines habitudes alimentaires de leur enfant, notamment en faveur des laitages infantiles. **Il convient donc de les généraliser.**

### **Proposition n°12**

## **Créer des réseaux de suivi de soins et de soutien à domicile**

Après l'accouchement, **la continuité du suivi des soins** jusqu'au domicile apparaît souhaitable pour l'épanouissement des enfants et de leurs parents. De plus, dans certains cas, des risques de pathologies de la fonction parentale peuvent advenir en raison d'une **rupture entre le temps de l'avant – et celui de l'après-naissance**. C'est dans cette optique que nous proposons la mise en place d'un **réseau de soins de suivi à domicile** dont l'animation et le fonctionnement seraient dispensés soit par une sage-femme, soit par une infirmière puéricultrice, toutes les deux diplômées d'Etat, bien sûr, et placées sous la responsabilité de la sage-femme de secteur. Mais, le cas échéant, on peut aussi imaginer faire appel à des travailleuses familiales, des psychologues,

des travailleurs sociaux ou encore des femmes-relais –en particulier pour les mères confrontées à des obstacles linguistiques.

Ces réseaux sont déjà largement expérimentés aux Pays-Bas, et offrent, pendant une durée maximum de 30 jours, une **aide sur mesure à domicile**.

Cette proposition a pour objectif non seulement **d’assurer**, malgré une sortie rapide de la maternité **la continuité des soins** et l’éducation aux soins de puériculture, mais aussi, une fois hors de la maternité, d’aider aux tâches ménagères et à l’insertion, de **prévenir la dépression *post partum***, les dysfonctionnements du lien mère-enfant qui aurait pu être masqué par la présence de l’équipe soignante ; **prévenir aussi les problèmes médico-sociaux** avant qu’ils ne deviennent des pathologies lourdes aux conséquences humaines, sanitaires et économiques très lourdes.

Cette proposition s’appuie

- sur des **pratiques expérimentées dans des pays étrangers** (Suède, Pays-Bas, Grande-Bretagne). En effet, dans les pays anglo-saxons, certaines méthodes de prévention, validées, portant sur la petite enfance (0-3 ans) se centrent principalement sur les parents et sur les enfants, afin de stimuler leurs capacités d’auto-régulation de leur comportement. Il s’agit essentiellement de visites à domicile et de soutien parental, sous forme d’éducation pour la santé et de développement d’habiletés parentales. Par ailleurs, en crèche, il s’agit de développer les compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants. L’Elmira Home Visitation et le Perry Preschool Study/Preschool Curriculum Comparison Study ont fait leur preuve dans ce domaine dans les pays anglo-saxons.

- sur des **pratiques expérimentées aussi en France** puisque des expériences ont été conduites comme celle pratiquée à Montmorency ou encore à Louis Mourier, Jean Verdier ou à Paris autour de la maternité de Lariboisière ou encore dans le département de l’Isère.

- sur les **objectifs définis dans de nombreux schémas d’organisation régionaux sanitaires** (SROS), comme sur les normes et principes fixés dans le décret d’octobre 1998 relatif à la mise en place de réseaux autour du suivi de la grossesse, l’accouchement, de la naissance et du suivi en post-partum et du nouveau-né.

- sur **l’article L212-2 du Code de la santé publique** qui dispose que les services de PMI doivent organiser « *des consultations post-natales et des actions de prévention médico-sociales à domiciles pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans* ».

## **Proposition n°13**

### **Créer des unités de soins mobiles parents-bébés**

Les unités de soins à domicile ont pour vocation de s'adresser à des familles marquées par un fort potentiel psycho-pathologique se caractérisant généralement **par une absence explicite de soins**. Il est alors judicieux de leur proposer, au-delà d'autres formes plus concrètes, un accompagnement spécialisé de la relation mère-bébé dans la mesure où le soutien à domicile offre l'avantage de mettre la thérapie dans le quotidien.

Le Conseil général des Hauts-de-Seine qui se veut précurseur dans la prise en charge psychologique des jeunes mamans en situation de vulnérabilité par rapport à la naissance de leur bébé, se mobilisant dans cet esprit. A Paris, les unités de soins à domicile de l'intersecteur infanto-parental du 13<sup>ème</sup> arrondissement, que l'on retrouve également dans les 9<sup>ème</sup> et 10<sup>ème</sup> arrondissements, ces unités de soins mobiles seraient composées de médecins, psychiatres, psychanalystes, psychomotriciens, orthophonistes, infirmiers et éducateurs. Leur mission ? Répondre aux détresses familiales, dès le stade postnatal, **autrement que par l'hospitalisation ; faciliter l'accès aux soins précoces ; évaluer le degré de gravité du dysfonctionnement du lien mère-enfant ; et trouver un projet thérapeutique adapté.**

Il est à noter qu'**en Grande-Bretagne**, depuis la fin des années 80, pour faire face aux nombreux cas de dépression postnatale ; il est proposé aux jeunes mamans une prise en charge dite de « soutien » (counselling), organisée par des « **visiteurs de santé** » que sont des infirmières spécialisées dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> **En Grande-Bretagne**, depuis le milieu des années 90, est utilisé **un outil** tel que l'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). Il s'agit d'une échelle d'évaluation de différents critères qui **permet de détecter un état dépressif chez une jeune maman**. Dans le même esprit, le Maternal attitude questionnaire (MAQ) est dispensé pour déceler un état dépressif. Enfin, les Anglais défendent également la thérapie de soutien cognitif comportemental. Celle-ci s'articule autour de quatre principes : la délivrance de conseils sur les soins aux enfants ; la réassurance, *via* les techniques habituelles en thérapie cognitive ; l'incitation faite aux nouvelles mamans à reprendre leurs activités habituelles (vie familiale, rencontres avec des amis, pratique d'un sport...) ; enfin, guider ces femmes sur la manière dont elles peuvent identifier le soutien concret à leur fonction de mère. Il est à noter aussi que le groupe d'experts de l'**Inserm**, à l'origine du rapport publié en 2005, sur le thème « **Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent** », recommande de développer ces méthodes de prévention également en France. Il suggère, en effet, de favoriser les interventions dans les familles à risque, en particulier chez les jeunes mères primipares à faible niveau d'éducation et en situation de précarité.

## **Proposition n°14**

### **Développer davantage le dispositif femme-relais**

Concernant les familles étrangères, les réglementations complexes ne leur sont pas toujours accessibles et conduisent, dans certains cas, à des difficultés humaines et juridiques très sérieuses.

C'est pourquoi doivent être développés les dispositifs de femmes-relais, médiatrices entre professionnels et familles étrangères. Leur mission ? **Accompagner les femmes étrangères et rompre leur isolement**, décoder des pratiques liées à d'autres cultures et faciliter le dialogue avec les équipes de professionnels : travailleurs sociaux, puéricultrices à domicile, travailleuses familiales, aides ménagères.

En effet, ils constituent le chaînon bien souvent manquant entre les lieux institutionnels de prévention et le domicile des familles. Ils facilitent également la communication entre des professionnels et des populations dont l'isolement peut induire des situations d'exclusion.

Ils participent aussi d'un soutien à la parentalité, comme d'une politique de santé publique, et, en ce sens, pourraient être mis en place, comme c'est déjà le cas dans certains départements, dès le stade de la grossesse.

Nombreux départements par l'intermédiaire de services sociaux et d'associations réalisent ce type de dispositifs qui participent d'une politique d'insertion et d'intégration.

Dans le même esprit, il convient de signaler le travail réalisé par la Mission ROMS de Médecins du Monde dont l'objectif est de faciliter l'accès aux soins par des actions sanitaires de proximité sur le terrain où les Roms ont élu domicile. C'est dans ce cadre qu'il convient de noter le projet périnatalité mis en place par Médecins du Monde depuis 2003, éducation à la santé, prévention des IVG, information sur la contraception, accompagnement en PMI. C'est dans ce cadre que depuis deux ans, 170 femmes ont pu être orientées vers les services sociaux et sanitaires.

## **Proposition n°15**

### **Promouvoir d'autres relais d'accueil de la petite enfance**

Face à des situations de vulnérabilité des structures sociales traditionnelles doivent être complétées soit par des créations institutionnelles favorisant l'émergence de nouvelles approches fondées sur des prise en charge

inédites, soit par des transformations institutionnelles à développer au sein des structures existantes.

A cet effet, il est préconisé de :

- **Créer de nouveaux relais d'accueil de la petite enfance** par le développement de **crèches préventives** : à l'instar du concept imaginé par Christine AUGUIN et Françoise GERBER, et des **crèches enfant-présents**, il s'agit, pour éviter un placement, d'accueillir des enfants et des parents en situation temporaire difficile dans une structure innovante, **relevant à la fois de la politique d'accueil de la petite enfance et de l'Aide sociale à l'enfance**.

- **Développer des jardins d'enfants thérapeutiques** : ils pourraient accueillir une dizaine d'enfants présentant des difficultés psychologiques (troubles relationnels et comportementaux, retard dans l'acquisition du langage...). Ils offrirait « simultanément aux familles la possibilité de vivre différentes expériences thérapeutiques », et donc d'être un « lieu de vie où parents et personnels soignants ont l'opportunité d'échanger leurs observations, leurs questionnements et les petits riens qui font leur quotidien »<sup>34</sup>.

- **Développer des relais parentaux** : ils accueilleraient enfants et/ou parents au sein des structures de l'Aide sociale à l'enfance, pendant un temps indéterminé.

- **Favoriser des formules de parrainage** pour des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance.

- **Modifier les financements** pour permettre l'accueil des pères, au sein des centres maternels actuels. En effet, aujourd'hui, si les pères ne sont pas *toujours* reçus, c'est bien souvent parce que leur prise en charge relève d'un prix de journée type CHRS, relevant des services de l'Etat. Alors que la mère est accueillie, avec son enfant, au titre des départements, puisqu'elle relève de l'Aide sociale à l'enfance.

## **Proposition n°16**

### **Instituer des « staffs de parentalité » dans toutes les structures dédiées à la petite enfance**

Comme le rappelle Catherine DOLTO, « ce plaidoyer pour une réelle prise en compte de la fragilité émotionnelle du bébé devrait se prolonger pendant toutes les années de la petite enfance ». Dans cet esprit, des staffs de

---

<sup>34</sup> Lalumière M.-C., « Vulnérabilités parentales », éditions Médecine et Hygiène, Genève, 1998, p.168.

parentalité pourraient également voir le jour, sur le même modèle que ci-dessus, **dans tous les lieux accueillant des enfants**, dans les crèches autour de la directrice de crèches et du médecin de la PMI, dans les écoles autour des enseignants. Ainsi, notre pays pourrait se doter d'une politique de prévenance de l'enfance intervenant en soutien des parents, voire en amont de la crise.

Une telle démarche ne peut de toute évidence se décréter. Elle suppose deux niveaux d'adhésion : - celle des décideurs politiques et hiérarchiques mais aussi - celle des professionnels, tant il est vrai qu'elle bouleverse les mentalités, demande de disponibilité, changement d'état d'esprit et oblige les uns et les autres à réorganiser leurs pratiques.

## **Proposition n°17**

### **Lancer des assises nationales de la périnatalité**

Aujourd'hui, obstétrique de haute technicité et obstétrique de proximité, périnatalité à haut risque et périnatalité sociale doivent être harmonieusement conjuguées. En effet, elles constituent des enjeux majeurs de santé publique pour l'épanouissement de l'enfant et l'établissement d'un lien parental de qualité.

Tel est désormais le vrai débat, loin de celui, purement structurel, qui oppose maternités de proximité et concentration des maternités.

Face à ce nouvel enjeu, permettre la prise de conscience de nos concitoyens et de l'ensemble des acteurs professionnels, **lors d'Assises nationales de la périnatalité**, constitue un vrai défi. Celles-ci pourraient être organisées par la Commission nationale de la naissance, actuellement chargée de la mise en œuvre du plan périnatalité 2005-2007. Il conviendrait d'ailleurs que celle-ci **puisse avoir un rôle de veille épidémiologique**.

Mais il conviendrait aussi que ce débat ait lieu au **niveau départemental**. A cet égard, il est intéressant de noter la création de l'Observatoire de l'accueil de la petite enfance de la Manche, créé en novembre 2003, mérite également d'être cité en exemple. Cet observatoire –né d'un partenariat entre le Conseil général et la Caisse d'allocations familiales de la Manche- a pour vocation de rassembler, synthétiser et développer les informations en matière d'accueil de la petite enfance sur ce département. A terme, l'objectif est d'en faire un véritable outil de pilotage et d'aide à la décision, en mettant à la disposition des décideurs (commission départementale de l'accueil des jeunes enfants, élus, gestionnaires, partenaires...) des informations stratégiques contribuant à un meilleur éclairage des décisions à prendre et autres actions à mener.

# CONCLUSION

*Il nous faut une pensée qui considère les parties dans leur relation au tout, et le tout dans ses relations aux parties.  
Une telle pensée évite à la fois de ne percevoir qu'un fragment d'humanité en oubliant la mondialité et de ne percevoir qu'une mondialité dépourvue de complexe.*

Edgar MORIN

Bien sûr, la naissance est toujours un événement unique pour la famille : un grand moment de joie, de bonheur et d'émerveillement. Toutefois, les préoccupations sur la santé de l'enfant, sa croissance, son éducation et son avenir sont indissociablement liées à sa venue au monde. Et la pensée de tous les dangers, réels ou fantasmés, qui pèsent sur cette nouvelle vie, vient encore jeter de l'ombre sur le berceau. Et les parents de s'interroger sur « ce que va devenir cet enfant ? »

Le présent rapport n'a pas d'autre ambition que de permettre à ces parents, et à travers eux à la société tout entière, de poser un regard à la fois serein et réaliste sur cette question de l'accueil de l'enfant, dès l'aube de la vie.

En guise de conclusion, quatre observations simples, et pourtant toujours nouvelles tant leur prise en considération a du mal à trouver son chemin, doivent néanmoins être formulées :

1/ Il est frappant de voir que ce n'est que lorsque survient une situation de crise, que les institutions publiques sont conduites à intervenir. Le constat est d'ailleurs souvent le même : de tels faits engendrent des réactions émotionnelles au sein de l'opinion publique réveillée par leur médiatisation. Or, si l'on se basait davantage sur le principe de **prévenance**, cela permettrait de tout mettre en œuvre pour comprendre et reproduire les conditions d'un épanouissement harmonieux pour nos enfants.

2/ **Faire le pari de l'enfant dès la naissance**, c'est également faire le pari sur une **politique familiale ambitieuse** et équilibrée, tant il est vrai qu'investir dans l'enfance **dès la naissance** c'est investir dans l'avenir.

3/ Les deux observations qui précèdent se rejoignent en une troisième : **faire le pari de l'enfant, en substituant à une thérapie de l'échec une logique de prévenance**, passe nécessairement par une démarche de **reliance**. Il s'agit, en effet, d'agir en amont, mais aussi à la marge et dans la durée, en vue de l'intérêt de l'enfant. Mais ceci exige, plus que jamais, une coordination et un dialogue entre les différents intervenants (politiques, professionnels de santé, spécialistes de la petite enfance, enseignants, parents...).

4/ En 2001, à l'occasion d'un colloque sur les droits de l'enfant, organisé au Parlement européen, l'affiche réalisée pour la circonstance par les enfants eux-mêmes, portait, sur un dessin, ces mots : « **droit à l'amour** ». C'est le seul droit, en effet, que n'ont pas explicitement pris en compte les précédentes déclarations et autres conventions sur les droits de l'enfant. Et pourtant c'est bien, en réalité, le premier d'entre eux. **Un seul regard d'amour posé sur un enfant dès sa naissance** vaut plus que toutes nos déclarations et nos dispositions, si du moins il est capable aussi de les inspirer. Cette affirmation gagnerait à être prise en considération comme premier principe de nos actions et interventions pour le bien-être de nos enfants. Tel est l'esprit des recommandations faites à travers cette politique de périnatalité développementale et sociale.

## **Remerciements**

Au terme de ce travail, mes remerciements vont à Madame CHOCHON, Madame GABEL, Madame GUEDENEY ainsi que Madame UZAN, qui m'ont aidée de leurs précieux conseils dans cette tâche.

Je n'oublie pas d'adresser également mes remerciements à mes deux collaboratrices du Sénat qui m'ont apporté un réel soutien.