

***Evaluer les situations prénatales préoccupantes  
un prototype élaboré à partir de la méthode Alföldi***

## **Un contexte théorique et législatif favorisant le développement de la prévention prénatale précoce à partir de 2007**

La prévention prénatale précoce, mise en œuvre avant même la naissance de l'enfant, s'appuie sur des bases théoriques solides développées par des auteurs tels que Winnicott<sup>4</sup>, Bydlowsky<sup>5</sup>, ou encore Missonnier<sup>6</sup>. D'importants remaniements psychiques sont à l'œuvre pendant la grossesse, de façon normale, chez tous les futurs parents. Il s'agit d'un processus de maturation de la personnalité marqué par le réaménagement d'un équilibre ancien pour se préparer à devenir ou à être à nouveau parent, d'un cheminement pour faire une place au futur enfant et installer progressivement la fonction parentale. La parentalité - terme utilisé à tort et à travers actuellement - peut se définir simplement comme l'ensemble des réaménagements psychiques et affectifs qui permettent à des adultes de devenir parents et répondre aux besoins de leur enfant. Ce processus débute pendant la grossesse et se poursuit ensuite tout au long de la vie. S'appuyant sur ces bases théoriques, il apparaît donc pertinent d'accompagner la parentalité en amont de la naissance, les futurs parents se plaçant au cœur du dispositif, avec leurs compétences et leurs limites.

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 qui réforme la protection de l'enfance a mis l'accent sur la prévention. Elle a pour objectif de prévenir le plus en amont possible les risques de mise en danger de l'enfant en évitant qu'ils ne surviennent ou en limitant leurs effets. La prévention précoce est alors renforcée et la grossesse identifiée comme un moment clé pour la mettre en œuvre. De ce fait un entretien systématique a été instauré au cours du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse - l'entretien prénatal précoce - pour toutes les femmes enceintes. Dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé<sup>7</sup>, l'entretien prénatal précoce a pour ambition de structurer la préparation à la naissance et à la parentalité et de coordonner les actions des professionnels autour de la femme enceinte. En pratique, il s'agit d'impliquer la femme et le couple dans une démarche de prévention, d'éducation et d'orientation, et de favoriser une meilleure coordination des professionnels autour des futurs parents. L'entretien prénatal précoce peut être suivi d'actions médico-sociales préventives à domicile notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires. On postule que certains troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte par la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, par une activation des professionnels autour des familles en difficulté et par une cohérence des actions en continuité, de la période prénatale à la période postnatale<sup>8</sup>.

Sur le plan pratique, la Loi du 5 mars 2007 renforce le rôle des services de Protection

---

<sup>1</sup> Agnès Chauvet-Baron est gynécologue-obstétricienne, responsable du pôle prénatal du service de Protection Maternelle et Infantile du Conseil Départemental de la Vienne. PMI, 39 rue de Beaulieu, 86034 Poitiers cedex, [achauvetbaron@departement86.fr](mailto:achauvetbaron@departement86.fr)

<sup>2</sup> Sabine Carré est magistrat, juge des enfants au Tribunal de Grande Instance de Poitiers

<sup>3</sup> Francis Alföldi est consultant et concepteur de méthode d'évaluation, site [www.alfoldievaluation.com](http://www.alfoldievaluation.com)

<sup>4</sup> Winnicott D.W., « *La préoccupation maternelle primaire* », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969

<sup>5</sup> Bydlowsky M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997

<sup>6</sup> Missonnier S., *La consultation thérapeutique périnatale*, Paris, Erès, 2009

<sup>7</sup> Haute Autorité de Santé, *Préparation à la naissance et à la parentalité : recommandations pour la pratique clinique*, Saint Denis la Plaine, HAS 2005

<sup>8</sup> Molénat F., *Naissances, pour une éthique de la prévention*, Toulouse, Erès, 2001

Maternelle et Infantile en soulignant leur rôle pivot et en les reconnaissant comme acteur majeur de la prévention. Ceci s'explique par les compétences développées en PMI et par leur implantation et leur ancrage fort comme acteur de proximité. C'est dans ce contexte que le département de la Vienne a fait le choix de développer le pôle prénatal de PMI qui regroupe actuellement un responsable médecin gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste à compétences gynécologique, sept sages-femmes, une psychologue clinicienne formée au conseil conjugal et familial et une secrétaire, alors qu'on dénombre 4500 à 5000 naissances par an dans la Vienne.

## **Le lancement d'un projet partenarial innovant pour la prise en charge des situations préoccupantes en prénatal dans le département de la Vienne en 2012**

Suite à la loi du 5 mars 2007, les professionnels du pôle prénatal de PMI de la Vienne ont poursuivi leurs prises en charge habituelles des grossesses, tout en s'appuyant à la fois sur un cadre plus précis à la fois législatif et théorique. Leur volonté de mettre en œuvre une prévention précoce s'est cependant heurtée à des difficultés nombreuses : des clivages entre les prises en charge pré et post-natales avec une discontinuité, des pertes d'informations entre les différents intervenants et entre les institutions, un manque de concertation entre les professionnels, un manque de reconnaissance du travail réalisé en prénatal, des situations très complexes de placement d'enfant en maternité dans l'urgence, très difficiles à vivre et pouvant occasionner des débordements émotionnels et des conflits. L'accompagnement des futurs parents en difficulté pendant la grossesse a donc été inscrit dans les objectifs des schémas départementaux de la petite enfance et de la protection de l'enfance adoptés pour la période 2010-2014. Et, en 2012, un groupe de travail sur les situations préoccupantes en prénatal a été mis en place au sein du Conseil Départemental, réunissant les services de la PMI, de l'Aide Sociale à l'Enfance et de l'Action Sociale. Il a conduit à la mise en place d'un protocole écrit de traitement des situations préoccupantes en prénatal en 2013.

L'objectif général est d'activer la vigilance des professionnels dès la grossesse, dans la transparence et le dialogue avec les futurs parents, pour les accompagner au mieux dans la prise de conscience de leurs capacités, de leurs limites et dans le développement de leurs compétences parentales. Selon la gravité des situations, deux protocoles ont été créés : un circuit de traitement des situations préoccupantes en prénatal avec rédaction d'un rapport transmis à la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) et un circuit de prise en charge préventive des situations préoccupantes en prénatal. En effet, dans les situations qui font craindre une mise en danger de l'enfant dès sa naissance, il est nécessaire de baliser la prise en charge de la grossesse, de la naissance et du retour à domicile par la rédaction d'une Information Préoccupante Périnatale (IPPrénat), en concertation avec les différents intervenants.

Ce protocole élaboré dans la Vienne est particulièrement novateur dans trois domaines :

- Les sages-femmes de PMI sont référentes des situations problématiques. Il leur revient de coordonner le travail en réseau, en assurant une continuité entre prénatal et postnatal.
- Un partenariat large entre les différentes institutions et les différents professionnels intervenant en périnatalité est mis en œuvre : en interne au Conseil Départemental et notamment avec les maternités, l'Unité Mère-Bébé, le Procureur de la République, les Juges des enfants.
- Dans les cas les plus inquiétants, le Procureur de la République et/ou le Juge des Enfants est informé des situations pendant la grossesse, sans qu'aucune décision juridique concernant l'enfant ne soit prise avant sa naissance, conformément à la Loi.

## **La volonté de mettre en œuvre une méthodologie plus rigoureuse pour améliorer la qualité des évaluations en 2014-2015**

Les situations très inquiétantes nécessitant la rédaction d'une Information Préoccupante Prénatale sont assez peu nombreuses (0,3% des naissances dans la Vienne en 2013 et 2014). Elles mobilisent cependant beaucoup d'intervenants et ont des enjeux considérables, pouvant aller jusqu'à une préconisation de placement de l'enfant à sa naissance. Il est donc nécessaire d'évaluer le danger auquel un bébé pourra être confronté dès sa naissance, ainsi que les compétences et les limites des futurs parents et leur adhésion réelle aux soutiens proposés afin d'envisager des solutions adaptées aux besoins. Pour pouvoir poursuivre l'accompagnement après la naissance dans une relation de confiance avec la famille, les futurs parents sont toujours informés des inquiétudes et des écrits qui sont rédigés.

Dans la majorité des cas, ces situations sont prises en charge par plusieurs professionnels et des réunions de synthèse sont donc organisées pour parvenir à une évaluation commune. En effet, la Loi autorise le partage d'informations entre professionnels dans des conditions strictement définies dans l'intérêt de l'enfant et dans un objectif de protection de l'enfance. Mais il ressort en pratique que les positionnements professionnels sont liés aux places prises auprès de l'usager et peuvent être très différents voire opposés, que certains professionnels sont réticents à partager leurs points de vue, qu'ils peuvent avoir peur de nuire aux futurs parents ou à l'opposé avoir la conviction que la répétition des placements est inéluctable.

Face à ces difficultés, il est apparu nécessaire de :

- Renforcer la qualité de l'évaluation de la situation en prénatal par une méthode d'analyse rigoureuse, exhaustive et reproductible centrée sur l'enfant à naître, aidant à la prise de recul et à l'exploration des différents registres. Tout cela en lien avec l'article L.112-4 du Code de l'action sociale et des familles qui préconise que « l'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs, ainsi que le respect de ses droits, doivent guider toutes les décisions le concernant ».
- Mieux connaître les attentes et les contraintes des différents professionnels et notamment des magistrats. Pour pouvoir faire aboutir les demandes formulées, ces derniers doivent s'appuyer sur des éléments précis permettant de caractériser le danger. Les professionnels de PMI doivent donc adapter le contenu de leurs écrits à ces exigences et améliorer la pertinence des préconisations formulées en conclusion.
- Conforter la place des sages-femmes en tant que référentes de ces situations préoccupantes.

Pour mettre en œuvre toutes ces innovations, une demande de formation-action spécifique a été faite auprès de Francis Alföldi, expert en méthodologie et fondateur d'une méthode reconnue d'évaluation en protection de l'enfance, pour construire une méthode d'analyse des situations destinée à évaluer le danger encouru par un enfant à naître ainsi qu'une trame de rédaction des Informations Préoccupantes Prénatales.

### **Commentaire du médecin**

En montant une formation-action avec Francis Alföldi, nous avons voulu donner une autre dimension à notre protocole qui s'apparentait plutôt à du « bricolage » au cas par cas. C'est la frustration suite aux formations sur l'évaluation en protection de l'enfance qui ne concernaient bien-sûr que les enfants déjà nés, l'envie de sortir des clivages institutionnels pré et post-natal, complètement artificiels au regard du vécu des futurs parents, et surtout la conviction de la valeur ajoutée de notre travail qui nous ont poussés à nous lancer. Grande

motivation de l'équipe mêlée à des appréhensions à l'idée de mettre à plat nos méthodes de travail auprès des familles en grande difficulté et à mobiliser les autres professionnels sur ce sujet !

### **Commentaire du juge**

Participer à la mise en œuvre de cette méthode d'évaluation du danger et de rédaction des informations préoccupantes s'avère particulièrement intéressant pour le magistrat.

Cela permet de préciser les attentes en termes d'objectivité de l'information. Celle-ci est en effet primordiale dans le contexte de la procédure judiciaire où il s'agit certes d'assurer la protection de l'enfant mais aussi de respecter le droit des parents. Dans cette perspective, les parents ont le droit de savoir précisément quels sont les éléments de danger et leur degré de gravité. La rigueur de la restitution de l'information est également très importante dans le cadre de l'audience au cours de laquelle les éléments de danger seront repris et contradictoirement débattus par les avocats.

Une méthode d'évaluation est évidemment très précieuse pour parvenir à un niveau de rigueur suffisant. Elle permet également d'harmoniser les informations préoccupantes entre les équipes et d'assurer une cohérence dans le circuit du signalement.

### **Commentaire du consultant**

J'ai tout de suite accordé le plus grand intérêt à la demande d'accompagnement méthodologique émanant du Département de la Vienne, en la personne du Docteur Chauvet-Baron. Ce chantier délicat implique d'ajuster ma méthode d'évaluation des situations d'enfants en danger, aux informations préoccupantes prénatales. A l'intérêt pour cette l'entreprise se mêle aussi une certaine frayeur, en effet, évaluer l'état de danger pour un enfant qui n'est pas encore né, est l'une des pires gageures dans la méthodologie d'évaluation clinique.

Le Service formation du département avec lequel nous collaborons étroitement depuis plus de cinq années, a donc fait appel à mes compétences en méthodologie d'évaluation pour accompagner son équipe de sage-femme à élaborer un nouvel outil : un vrai challenge pour un praticien chercheur !

## **Construction du nouveau prototype**

La formation-action s'est déroulée sous la forme d'un séminaire alternant des journées d'ateliers auprès de l'équipe périnatalité du Département de la Vienne, animées par Francis Alföldi avec des temps d'expérimentation sur le terrain des prototypes instrumentaux par les professionnels du groupe en formation. Le terme séminaire a été retenu au sens d'un groupe de travail conduit par un intervenant accompagnateur lors duquel les participants se mobilisent activement.

Cette action a porté sur un premier volet de trois journées consécutives, au cours desquelles

le prototype instrumental a été mis en chantier. Ensuite deux journées espacées ont été programmées, afin de permettre la mise en application du prototype lors des temps d'inter-session et d'examiner le retour des travaux afin d'améliorer le prototype existant.

Lors d'une concertation ultérieure à la tenue des trois journées initiales, il a été envisagé de convier lors des deux dernières journées de l'action, quatre acteurs clef du dispositif des Informations Préoccupante Périnatales, à savoir : un juge pour enfant, un intervenant de la Cellule de recueil des informations préoccupantes, un cadre de l'Aide sociale à l'enfance et un responsable d'une Maison départementale des solidarités.

La référence méthodologique utilisée lors du séminaire a été la méthode Alföldi qui se définit ainsi :

« La méthode Alföldi est constituée d'un ensemble de concepts et techniques permettant d'évaluer des comportements, des projets, des actions ou des organismes, dans les différents domaines de la vie sociale. Elle organise les opérations spécifiques de l'évaluation : modélisation de la démarche, fabrication des critères, recueil d'informations, analyse diagnostique, synthèse des résultats, écriture des productions. Elle est caractérisée par une série d'instruments : modèle d'évaluation, matrice critérielle, guide d'analyse, guide de lecture, conclusion modélisée, protocole de rédaction. Elle comporte trois versants : l'évaluation diagnostique (analyse des points forts et points faibles), l'évaluation de l'implication (impact du ressenti émotionnel des évaluateurs) et l'évaluation prospective (recherche de solution et préconisations d'actions). Elle aboutit à la production d'un avis d'évaluation pondéré. Son caractère adaptable permet d'ajuster les instruments à la singularité de chaque réalité évaluée »<sup>1</sup>.

La méthode Alföldi dont les travaux fondateurs remontent à 1994, a fait l'objet d'un dépôt de marque à l'I.N.P.I. (Institut national de la propriété industrielle) en février 2007.

Les trois premières journées qui ont réuni le groupe au mois d'octobre 2014, ont été inaugurées par une formalisation de la définition des Informations préoccupantes périnatales. Les discussions intenses au sein du groupe ont abouti à la définition suivante :

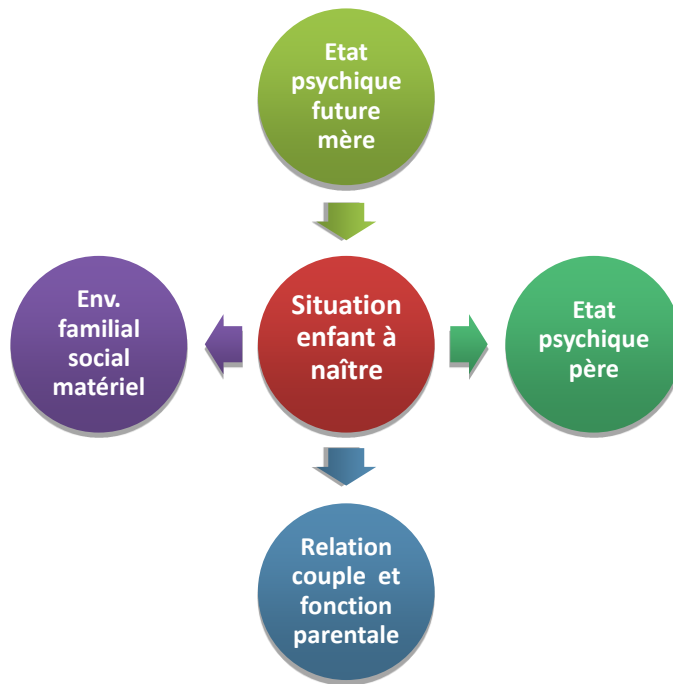
La situation préoccupante périnatale caractérise l'ensemble des événements, des circonstances, des relations concrètes au milieu desquels se trouve un bébé, de nature à causer de l'inquiétude, qui entoure les circonstances de sa naissance.

Une fois identifié l'objet d'évaluation, s'est posé la question des critères. Nous avons constaté avec Agnès Chauvet-Baron lors des premières expérimentations de la méthode appliquée en protection de l'enfance que ça ne fonctionnait pas, notamment du fait de l'inadéquation des critères d'évaluation. Nous avons donc entrepris de forger un nouveau set de critères, soigneusement ajustés à la spécificité clinique des situations de périnatalité. Le médecin et les sages-femmes ont produits les savoirs cliniques qui ont été intégrés à la matrice critérielle apportée par le consultant.

Au cœur du modèle les professionnels ont regroupé quatre critères cliniques articulés autour de l'objet d'évaluation. Nous en donnons la représentation suivante :

---

<sup>1</sup> Alföldi F., *18 cas pratiques d'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2008



La finalisation du modèle d'évaluation nous a conduits à adjoindre deux critères complémentaires, ainsi qu'un critère optionnel. Nous avons ainsi élaboré un référent d'évaluation constitué de 6 critères spécifiquement construits pour l'évaluation des situations prénatales préoccupantes. Ce référent a été complété par un outil d'estimation des capacités et un critère optionnel à utiliser ou non selon les situations.

- Critère N°1 – Etat psychique de la future mère envers la grossesse
- Critère n°2 – Etat psychique du futur père envers la grossesse
- Critère n°3 – Relation du couple et fonction parentale
- Critère n°4 – Environnement familial, social et matériel
- Critère n°5 – Collaboration des futurs parents
- Critère n°6 - Implication de l'intervenant
- Outil d'estimation des capacités
- Critère optionnel sur l'état de santé de l'enfant à naître

Les deux critères complémentaires, *Collaboration des futurs parents* et *Implication de l'intervenant* sont directement importés de la méthode Alföldi en protection de l'enfance. Le modèle critériel finalisé prend forme dans le tableau qui suit :

MODELE D'EVALUATION		
Situation préoccupante prénatale : l'ensemble des événements, des circonstances, des relations concrètes au milieu desquels se trouve un bébé, de nature à causer de l'inquiétude, qui entoure les circonstances de sa naissance.	Critère 1 – Investissement de la grossesse par la future mère	N1 Investissement favorable N2 investissement ambivalent problématique N3 Investissement absent ou pathologique
	Critère 2 Investissement de la grossesse par le futur père	N1 Investissement favorable N2 investissement ambivalent problématique N3 Investissement absent ou pathologique
	Critère 3 Relation du couple et fonction parentale	N1 Relation, parentalité harmonieuse N2 Relation, parentalité problématique N3 Relation, parentalité nocive
	Critère 4 Environnement familial, social et matériel	N1 Environnement sécurisant N2 Environnement insécurisant N3 Environnement délétère
	Critère 5 Collaboration des futurs parents	N1 Collaboration active N2 Collaboration ambivalente et favorable à l'enfant à naître N3 Collaboration ambivalente et défavorable à l'enfant à naître, refus, impossibilité
	Critère 6 Implication de l'intervenant	N1 Intervention empathique et distanciée N2 Problèmes d'implication N3 Troubles d'implication

Ces critères permettent de décliner l'objet d'évaluation en amont du processus d'évaluation, avant d'être utilisés ultérieurement lors de la phase d'analyse. La section qui suit reproduit les six + 1 critères et l'outil d'estimation des capacités dans leur état d'élaboration à l'issue de la phase de recherche évaluative qui fait l'objet de la présente communication.

Quant à la construction des critères, l'instrument prend en compte un étalonnage à 3 niveaux, dont la variation s'établit sur la base suivante :

- Niveau 1 Risque de gravité nulle ou modérée
- Niveau 2 Risque de gravité significative
- Niveau 3 Risque de gravité destructive / atteinte sévère directe sur le fœtus (maltraitance de gravité destructrice)

### **Commentaire du médecin**

La construction des critères a été complexe, mais passionnante. L'équipe du pôle prénatal de PMI a vécu un changement profond de ses méthodes de travail. Les professionnels sont passés en quelques années d'une approche empirique à un modèle d'évaluation très structurée. Il y a eu deux étapes importantes pour arriver à ce résultat : dans un premier temps le passage d'une approche empirique à une approche basée sur les éléments répertoriés dans les recommandations de la HAS au moment du développement de l'entretien prénatal précoce<sup>4</sup>, puis la concrétisation de cette méthode novatrice et spécifique au département de la Vienne. C'est l'expérience clinique des professionnels et la mise en synergie des compétences de chacun qui a permis cette construction collective. Des allers retours entre théorie et pratique ont été récurrents pour vérifier la pertinence des critères, dans un souci d'exhaustivité et de clarté.

### **Commentaire du juge**

A mon arrivée dans le processus de construction de la méthode, le dispositif était déjà très avancé, voire même pratiquement finalisé. Les critères retenus sont rapidement apparus très pertinents puisqu'ils permettent à la fois de balayer de nombreux aspects d'une situation humaine, personnelle et familiale complexe, et à la fois de n'en retenir de façon synthétique que les éléments essentiels pour caractériser un danger.

J'ai également été sensible à l'impartialité des critères qui permettent aussi de mettre en avant les compétences ou les soutiens éventuels, ce qui s'avère être des éléments à prendre en compte dans l'évaluation du danger et sont des outils précieux dans l'aide à la décision.

### **Commentaire du consultant**

Ce chantier de recherche-action évaluative a conduit à la construction effective d'un prototype expérimental, qui s'avère, de l'avis de tous les participants, dès les premiers essais, exploitable dans la pratique de l'évaluation des situations prénatales. J'ai pu constater que l'expérimentation de l'outil lors d'une expérimentation d'atelier sur site a fonctionné correctement avec une réalisation de l'évaluation en 1 h 37. En durée, c'est plutôt pas mal, si l'on précise qu'il s'agissait d'une situation complexe, mettant à mal la réflexion collective au sein de cette équipe.

La section qui suit reproduit l'intégralité des 6 + 1 critères en l'état d'avancement des travaux à l'issue de cette première phase de recherche-action évaluative.



**Critère n°1 – Etat psychique de la future mère envers de la grossesse**

Ce critère permet d'apprécier l'investissement psychique et la mobilisation des ressources maternelles dans la venue de l'enfant à naître. Il associe plusieurs variables dont <sup>1</sup>la prise en compte médicale de la grossesse, <sup>2</sup>la santé psychique, <sup>3</sup>la place de l'enfant à naître, <sup>4</sup>les conditions matérielles d'accueil.

**Niv.1 Investissement favorable**

Au niveau de la gravité nulle ou modérée, <sup>1</sup>la grossesse est déclarée à temps, la grossesse est acceptée, le suivi médical est assuré. <sup>2</sup>La future mère a toutes ses facultés mentales et intellectuelles, ses conduites sont adaptées, elle fait preuve de maturité. <sup>3</sup>La future mère a des projets pour l'enfant à naître, elle se réjouit de l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont favorables. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître est matériellement préparée.

**Niv.2 Investissement ambivalent problématique**

Au niveau de la gravité significative, <sup>1</sup>la grossesse n'est pas déclarée à temps, la grossesse est tolérée, le suivi médical est discontinu. <sup>2</sup>La future mère présente des troubles psychiatriques légers ou pris en charge, elle présente des carences intellectuelles, ses conduites peuvent être inadaptées, elle présente parfois des comportements immatures. <sup>3</sup>La future mère a des projets inadaptés pour l'enfant à naître, elle s'exprime peu sur l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont pauvres. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître est matériellement peu ou mal préparée.

**Niv.3 Maltraitance**

Au niveau de la gravité destructive ou destructrice, <sup>1</sup>la grossesse n'est pas déclarée, la grossesse est rejetée, le suivi médical est absent. <sup>2</sup>La future mère présente une pathologie psychiatrique sévère, elle est déficiente, ses conduites ou propos sont dangereux, elle se montre sévèrement immature. <sup>3</sup>La future mère n'a aucun projet positif pour l'enfant à naître, elle exprime une détresse majeure envers l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont dangereuses. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître n'est aucunement préparée matériellement.

## Critère n°2 – Etat psychique du futur père envers la grossesse

Ce critère permet d'apprécier l'investissement psychique et la mobilisation des ressources paternelles dans la venue de l'enfant à naître. Il associe plusieurs variables dont <sup>1</sup>l'accompagnement dans le suivi médical de la grossesse, <sup>2</sup>la santé psychique, <sup>3</sup>la place de l'enfant à naître, <sup>4</sup>les conditions matérielles d'accueil.

### Niv.1 Investissement favorable

Au niveau de la gravité nulle ou modérée, <sup>1</sup>la grossesse est acceptée, le futur père est présent au cours du suivi médical. <sup>2</sup>Le futur père a toutes ses facultés mentales et intellectuelles, ses conduites sont adaptées, il fait preuve de maturité. <sup>3</sup>Le futur père a des projets pour l'enfant à naître, il se réjouit de l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont favorables. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître est matériellement préparée.

### Niv.2 Investissement ambivalent problématique

Au niveau de la gravité significative, <sup>1</sup>la grossesse est tolérée, le futur père marque peu d'intérêt au suivi médical. <sup>2</sup>Le futur père présente des troubles psychiatriques légers ou pris en charge, il présente des carences intellectuelles, ses conduites peuvent être inadaptées, il présente parfois des comportements immatures. <sup>3</sup>Le futur père a des projets inadaptés pour l'enfant à naître, il s'exprime peu sur l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont pauvres. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître est matériellement peu ou mal préparée.

### Niv.3 Maltraitance

Au niveau de la gravité destructive ou destructrice, <sup>1</sup>la grossesse est rejetée, le futur père est totalement absent du suivi médical. <sup>2</sup>Le futur père présente une pathologie psychiatrique sévère, il est déficient, ses conduites ou propos sont dangereux, il se montre sévèrement immature. <sup>3</sup>Le futur père n'a aucun projet positif pour l'enfant à naître, il exprime une détresse majeure envers l'arrivée de l'enfant, les interactions avec le fœtus sont dangereuses. <sup>4</sup>L'arrivée de l'enfant à naître n'est aucunement préparée matériellement.

Critère n°3 – Relations du couple et  
fonction parentale

Ce critère permet d'apprécier la qualité de la relation de couple et les dispositions parentales à venir. Il associe plusieurs variables dont **1l'impact des relations conjugales sur la parentalité, 2le statut de l'enfant au regard de sa filiation, 3les fonctions parentales.**

**Niv.1 Relation, parentalité harmonieuse**

Au niveau de la gravité nulle ou modérée, <sup>1</sup>le couple parental est stable, les futurs parents communiquent et dialoguent dans le respect mutuel autour de la vie familiale. <sup>2</sup>La filiation de l'enfant est claire et simple. <sup>3</sup>Les enfants aînés bénéficient d'un environnement parental structurant.

**Niv.2 Relation, parentalité problématique**

Au niveau de la gravité significative, <sup>1</sup>le couple parental entretient une relation instable et chaotique, il existe des tensions conjugales, le dialogue entre les futurs parents est difficile. <sup>2</sup>La filiation de l'enfant est incertaine ou compliquée. <sup>3</sup>Les enfants aînés vivent dans un climat familial problématique, assorti d'un accompagnement de secteur ou d'une action administrative.

**Niv.3 Relation, parentalité nocive**

Au niveau de la gravité destructive ou destructrice, <sup>1</sup>le couple parental maintient une relation pathologique ou vit une séparation nocive, il existe de la violence conjugale caractérisée, le dialogue entre les futurs parents est rompu ou inexistant. <sup>2</sup>La filiation de l'enfant est traumatique. <sup>3</sup>Les enfants aînés subissent un environnement parental destructeur assorti d'une protection judiciaire.

Critère n°4 – Environnement  
familial, social et matériel

Ce critère permet d'apprécier l'incidence du contexte de vie dans lequel arrive l'enfant à naître. Il associe plusieurs variables dont : <sup>1</sup>les conditions de vie, <sup>2</sup>l'entourage.

**Niv.1 Environnement sécurisant**

Au niveau de la gravité nulle ou modérée, <sup>1</sup>les conditions de vie assurent tranquillité et sérénité à la famille, le logement est adapté à l'accueil de l'enfant à naître, les conditions financières sont suffisantes. <sup>2</sup>L'entourage familial et social est présent et aidant.

**Niv.2 Environnement insécurisant**

Au niveau de la gravité significative, <sup>1</sup>les conditions de vie entraînent de la fatigue et de la tension dans la famille, le logement est peu adapté à l'accueil de l'enfant à naître, les conditions financières sont précaires. <sup>2</sup>L'entourage familial et social est sporadique et peu fiable.

**Niv.3 Environnement délétère**

Au niveau de la gravité destructive ou destructrice, <sup>1</sup>les conditions de vie entraînent du stress et de l'épuisement dans la famille, le logement est absent ou sévèrement insalubre, les conditions financières sont sévèrement critiques. <sup>2</sup>L'entourage familial et social est inexistant ou pathogène.

Ce critère apprécie la collaboration des futurs parents avec les professionnels missionnés pour l'enfant à naître. Il comporte 3 variables : <sup>1</sup> l'attitude des futurs parents envers les intervenants ; <sup>2</sup> leur engagement dans l'accompagnement ; <sup>3</sup> leur reconnaissance des problèmes.

#### **Niveau 1 Collaboration active**

A ce niveau : <sup>1</sup>les futurs parents montrent une attitude d'ouverture, un discours cordial ; <sup>2</sup>les rendez-vous sont respectés et les futurs parents participent activement aux actions ; <sup>3</sup>ils reconnaissent clairement la nature et l'ampleur des problèmes.

#### **Niveau 2 Collaboration ambivalente et favorable à l'enfant à naître**

A ce niveau : <sup>1</sup>les futurs parents adoptent une attitude partiellement fermée, un discours ambigu ; <sup>2</sup>les rendez-vous sont partiellement respectés et les futurs parents participent passivement aux actions ; <sup>3</sup>ils reconnaissent *a minima* la nature et l'ampleur des problèmes.

#### **Niveau 3 Collaboration ambivalente et défavorable à l'enfant à naître, refus, impossibilité**

A ce niveau : <sup>1</sup>les futurs parents montrent une attitude fermée ou agressive, un discours accusateur, manipulateur ; <sup>2</sup>les rendez-vous ne sont pas respectés et les futurs parents participent passivement ou pas aux actions ; <sup>3</sup>ils ne reconnaissent pas la nature ni l'ampleur des problèmes ou font semblant.

version du 23 septembre 2015

Ce critère vérifie que la pertinence des autres critères n'a pas été altérée par des perturbations propres à l'implication des évaluateurs. Il comporte 3 variables : <sup>1</sup>la teneur de **l'engagement affectif** du professionnel, <sup>2</sup>la **capacité de penser** la situation, <sup>3</sup>le **sentiment de compétence**.

### **Niveau 1 Intervention empathique et distanciée**

A ce niveau : <sup>1</sup>le professionnel développe son aptitude à l'empathie distanciée par le contrôle des affects : enthousiasme pondéré, compassion et colère ; <sup>2</sup>la capacité de penser la situation est intacte ; <sup>3</sup>la perception de l'incidence bénéfique de l'intervention entretient le sentiment de compétence.

### **Niveau 2 Problèmes d'implication**

A ce niveau : <sup>1</sup>le professionnel est atteint par le surgissement d'affects insuffisamment contrôlés (frayeur, frénésie, culpabilité, lassitude, irritation, surinvestissement) ; <sup>2</sup>la faculté de penser la situation est réduite ; les dérives de la banalisation et de la dramatisation font leur apparition ; <sup>3</sup>l'ambivalence du professionnel met en doute son sentiment de compétence.

### **Niveau 3 Troubles d'implication**

A ce niveau : <sup>1</sup>le professionnel est envahi par des sentiments mortifères (terreur, sidération, engloutissement, usure) ; <sup>2</sup>la pensée clinique est obturée ; <sup>3</sup>l'incidence négative de l'intervention démolit le sentiment de compétence. Les formes extrêmes comportent des risques de somatisations, dépression, tentatives de suicide, troubles psychiatriques, exposition aux erreurs diagnostiques graves et aux agressions physiques et psychiques de la famille.

*version du 23 septembre 2015*

Les **capacités majeures** sont les ressources solides, permanentes et proches sur lesquelles les futurs parents s'appuient effectivement pour préparer l'arrivée de l'enfant à naître.

Les **capacités partielles** sont les ressources fragiles, sporadiques ou distantes dans lesquelles les futurs parents ne trouvent qu'un appui médiocre pour préparer l'arrivée de l'enfant à naître.

*L'attribution des qualificatifs majeures et partielles prend en compte les ensembles de capacités cohérentes offrant aux futurs parents un appui indiscutable : les capacités majeures, et pas seulement les capacités ne constituant que des éléments d'ensemble de capacités : les capacités partielles.*

#### Capacités parentales

<b>Capacités émotionnelles</b>	attachement exprimé et manifesté ; approbation de l'enfant à naître en tant que personne, respect verbal, protection morale, intensité relationnelle
<b>Capacités de prise en charge matérielle</b>	soins médicaux, hygiène, vêtue, alimentation, habitat, surveillance, sécurité physique
<b>Capacités d'encadrement éducatif</b>	attentes réalistes, apports culturels, anticipation du mode de garde
<b>Capacités de responsabilité</b>	primauté des besoins de l'enfant à naître sur les aspirations parentales, reconnaissance des problèmes, acceptation des aides requises pour l'enfant à naître, remise en cause de soi, motivations à résoudre les problèmes

version du 23 septembre 2015

**Critère optionnel sur l'état de santé  
de l'enfant à naître**

Ce critère permet d'apprécier la teneur des informations médicales recueillies sur l'état de santé de l'enfant à naître. Il porte notamment sur les échographies, les bilans sanguins, les consultations spécialisées. Ces informations ne suffisent pas à poser un pronostic sur l'état de santé de l'enfant à la naissance. L'usage de ce critère peut s'avérer pertinent dans des cas spécifiques.

**Niveau 1 Informations rassurantes**

L'état de santé de l'enfant ne va pas impacter son développement. A ce niveau, l'utilisation du critère n'est pas nécessaire.

**Niveau 2 Informations inquiétantes**

L'état de santé de l'enfant ou les pathologies suspectées peuvent impacter son développement.

**Niveau 3 Informations sévèrement alarmantes**

L'état de santé de l'enfant à naître va nécessiter des soins lourds et/ou impacter fortement son développement.

*version du 23 septembre 2015*



Une fois constitués les critères d'évaluation, le groupe de recherche-évaluative s'est attelé à la forge des outils opérationnels permettant la réalisation concrète de l'évaluation. Nous avons ainsi doté notre prototype des outils suivants :

- une formalisation de la question d'évaluation
- un instrument de recueil des éléments factuels
- un instrument d'analyse diagnostique avec sa légende
- une modélisation du rapport avec trame, conclusion modélisée et outil d'appréciation de la gravité

Le principe méthodologique est le suivant : avant de commencer l'examen collectif de la situation, on demande au professionnel qui présente de formuler sa question de départ : pourquoi souhaite-t-il une évaluation collective approfondie sur cette situation ? Afin de faciliter la tâche, l'outil intègre une question basique portant à la fois sur le danger encouru par l'enfant à naître. Au-delà de cette question initiale, il est demandé au professionnel s'il souhaite formuler une question plus spécifique.

**Question d'évaluation :**

**Date :**

**Quelle est l'ampleur du danger encouru par l'enfant à naître ?**

**Autre question.**

*Tableau 1 : Formalisation de la question d'évaluation*

La méthode met également en œuvre un outil de recueil d'information, il s'agit d'un tableau simple à trois colonnes : la première sert à identifier la source d'information et la date du recueil, la seconde colonne attribue un numéro à chaque information, et la troisième reçoit le fait transcrit dans les termes les plus descriptifs possibles.

TABLEAU DU RECUEIL DES FAITS		
DATE SOURCE	n°	FAIT
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	

*Tableau 2 : Tableau de recueil des faits*

A l'étape suivante, on entre dans l'analyse diagnostique. Pour cela nous avons réalisé une

adaptation du mouton à 5 pattes, outil bien caractéristique de la méthode Alföldi, rebaptisé pour l'occasion *brebis à 5 pattes*. Il a fallu reforcer l'instrument en fonction des critères ajustés au domaine de la périnatalité.

La brebis à 5 pattes comprend dix rubriques, qui organisent les appréciations diagnostiques portées sur les faits, en fonction des critères, en distinguant dangers et ressources.

BREBIS A 5 PATTES – IPPrénat			
GD/ GS/	1. Etat psychique future mère envers la grossesse -	CM/ CP/	5. Etat psychique future mère envers la grossesse
GD/ GS/	2. Etat psychique futur père envers la grossesse -	CM/ CP/	6. Etat psychique futur père envers la grossesse -
GD/ GS/	3. Relation du couple et fonction parentale -	CM/ CP/	7. Relation du couple et fonction parentale -
GD/ GS/	4. Environnement familial, social et matériel -	CM/ CP/	8. Environnement familial, social et matériel -
GD/ GS/	4b. Etat de santé de l'enfant à naître (optionnel) -	CM/ CP/	8b. Etat de santé de l'enfant à naître (optionnel) -
Co+/ Co±/ Co -	9. Collaboration des futurs parents -		
Im+/ Im±/ Im-/	10. Implication de l'intervenant -		
<u>Indications de décisions</u> -			
<u>Avis de la famille</u> -			

Tableau 3 : La brebis à 5 pattes

L'outil vierge est accompagné d'une légende qui précise le report dans les marges des lettres caractérisant l'intensité de la gravité du danger : gravité significative, destructive ou destructrice ; il en va de même pour l'intensité des ressources : capacités majeures ou partielles.

LEGENDE DE LA BREBIS	
GD : gravité destructive ou destructrice	CM : capacités majeures
GS : gravité significative	CP : capacités partielles
Co+ : collaboration active	I- : trouble d'implication
Co± : collaboration ambivalente et favorable	I± : problème d'implication
Co- : collaboration ambivalente et défavorable	I+ : implication non problématique

Tableau 4 : Légende de la brebis à 5 pattes

Enfin la démarche d'évaluation intègre une trame de rédaction de rapport aboutissant à une conclusion modélisée qui traduit dans un texte synthétique, les traits essentiels du diagnostic fait avec la *brebis à 5 pattes*. La modélisation préalable permet d'aller à l'essentiel sur le sens, en économisant le temps de rédaction. Les symboles représentant des index pointés signifient au rédacteur le choix entre plusieurs termes. On remarquera que *la brebis à 5 pattes* sert de structure à la conclusion modélisée ; les intitulés de rubriques grisés entre parenthèses ont pour rôle de faciliter la rédaction ; celle-ci achevée, ils sont effacés.

Nous avons choisi de ne retransmettre dans cet article que la conclusion modélisée, en effet, la trame d'ensemble du rapport, transmise de façon brute est peu compatible avec un exposé formel.

<b>Conclusion</b>
(Danger - état psychique de la future mère envers la grossesse) Nous relevons ____ Les éléments constatés permettent d'identifier ____ L'état psychique de la future mère envers la grossesse atteint la gravité ⚡ significative destructive destructrice ⚡.
(Danger – état psychique du futur père envers la grossesse) L'examen de la situation fait apparaître ____ Nous remarquons également ____ L'état psychique du futur père envers la grossesse atteint la gravité ⚡ significative destructive destructrice ⚡.
(Danger – relation du couple et fonction parentale) Le comportement du jeune est caractérisé par ____ Nous avons également noté ____ La relation du couple et la fonction parentale atteignent la gravité ⚡ significative destructive destructrice ⚡.
(Danger – environnement familial, social et matériel) Les éléments pris en considération font ressortir ____ D'autre part, les faits relevés sont révélateurs de ____ L'environnement familial, social et matériel atteint la gravité ⚡ significative destructive destructrice ⚡ ⚡ contrebalancé par associé à ⚡ des capacités ⚡ majeures partielles ⚡.
(Ressources – état psychique de la future mère envers la grossesse) Nous relevons ____ Les éléments constatés permettent d'identifier ____ L'état psychique de la future mère envers la grossesse présente des capacités ⚡ majeures partielles ⚡.
(Ressources – état psychique du futur père envers la grossesse) L'examen de la situation fait apparaître ____ Nous remarquons également ____ L'état psychique du futur père envers la grossesse présente des capacités ⚡ majeures partielles ⚡.
(Ressources – relation du couple et fonction parentale) Le comportement des parents est caractérisé par ____ Nous avons également noté ____ La relation du couple et la fonction parentale présente des capacités ⚡ majeures partielles ⚡.
(Ressources – environnement familial, social et matériel) Les éléments pris en considération font ressortir ____ D'autre part, les faits relevés sont révélateurs de ____ L'environnement familial, social et matériel présente des capacités ⚡ majeures partielles ⚡.
(Collaboration des parents) Il est apparu tout au long de notre intervention auprès de la future mère une collaboration ____ Nous avons également relevé chez le futur père une collaboration ____
(Implication de l'intervenant) La prise de recul de la réflexion en équipe fait apparaître ____
(Avis général / diagnostic synthétique et pondéré) Après examen des dysfonctionnements et ressources observés, nous estimons sous réserve d'informations complémentaires que l'enfant à naître ⚡ est sera seront ⚡ exposé s à un ⚡ danger avéré risque de danger ⚡ de gravité ⚡ modérée significative destructive destructrice ⚡ ⚡ associé pondéré contrebalancé ⚡ par les capacités ⚡ partielles majeures ⚡ des ⚡ futur mère père parents ⚡.
(Perspectives d'action) Nous indiquons ____
Signature

*Tableau 6 : Modélisation de la conclusion*

## Application du prototype sur un cas réel

Suite aux ateliers d'octobre 2014, l'équipe est passée dans une phase d'expérimentation active. Plusieurs sages-femmes ont appliqué le prototype instrumental avec l'aide du médecin. Une première série de rapports a été ainsi rédigée et adressée à l'autorité judiciaire via la *Cellule de recueil et d'information préoccupante*. Nous avons sélectionné et confidentialisé l'un d'entre eux pour illustrer l'application de la méthode et de son prototype.

La situation choisie concerne une jeune femme de 30 ans enceinte de son premier enfant. Le cas est particulièrement représentative des situations préoccupantes rencontrées par les sages-femmes de PMI pour plusieurs raisons :

- la future mère souffre d'une maladie psychiatrique grave (en 2013 et 2014, plus de 50% des futures mères concernées par une IPPrénatale souffraient d'une maladie psychiatrique),
- plusieurs éléments inquiétants se cumulent (en 2013 et 2014, cumul moyen de 4 à 5 motifs d'inquiétude par situation ayant fait l'objet d'une IPPrénatale),
- de nombreux professionnels issus de différentes institutions et exerçant différents métiers interviennent auprès d'elle.

## RAPPORT DE SITUATION D'ENFANT A NAITRE

Date d'accouchement prévu : 5/04/2015

Rédacteur : Corine MANDERAT sage-femme PMI, Maison de la Solidarité de Poitiers, 10, avenue Pierre Brossolette, 86 000 Poitiers.  
s/c Dr Marine PIERON

Le 27/02/2015

### Couple parental

#### Future mère

- Mme BOUDARD Vanessa
- née 20/01/1985
- demeurant à 1, rue du Saule 86000 Poitiers

#### Futur Père

- M. : identité inconnue
- né : date de naissance inconnue
- demeurant : adresse inconnue

### Situation matrimoniale

Célibataire

### Autres membres de la famille

Monsieur et Madame BOUDARD, parents de Vanessa BOUDARD

### Origine de l'intervention

A la demande de Vanessa BOUDARD

### Mesures antérieures

néant

### Éléments de contexte

Madame Vanessa BOUDARD est âgée de 30 ans, elle attend son premier enfant pour le 5/04/2015.  
Elle vit seule. Elle est séparée du futur père de l'enfant depuis le début de la grossesse (elle lui a annoncé une fausse-couche).  
Ses parents vivent à proximité à quelques kilomètres, en pratique elle y vit 7 jours sur 7 depuis la grossesse.  
Elle est sans activité professionnelle et perçoit une Allocation Adulte Handicapée.

### Liste des intervenants :

- Dr MOUCHARON, psychiatre Poitiers
- Dr BARMAIN, médecin traitant, Poitiers
- Dr JORIS, pédopsychiatre unité mère bébé CHL Poitiers
- Marceline ROBIN, Carmen DA SYLVA, sages-femmes hospitalière à Poitiers
- Claire BILLET, assistante sociale de secteur, CCAS Poitiers
- Angélique VUI, assistante sociale CHU Poitiers
- Morgane BRESSEE, puéricultrice PMI Poitiers
- Corine MANDERAT, sage-femme PMI Poitiers

### Chronologie des contacts

Nous avons rencontré Madame Boudard le 2/12/2014 pour un accompagnement au cours de sa grossesse et une préparation à la naissance débutée en février 2015.

## 1. PROBLEMATIQUE LIEE A L'ETAT PSYCHIQUE DE LA MERE ENVERS LA GROSSESSE

### Gravité destructive / destructrice

Nos informations concernant la mère montrent une pathologie psychiatrique grave de type psychotique, diagnostiquée par un psychiatre, entraînant des troubles des interactions, une imprévisibilité, des variations importantes de l'humeur avec un risque élevé de décompensation lors de l'accouchement et une impossibilité à élaborer, montrant une gravité destructive.

**Fait** Madame le docteur JORIS, pédopsychiatre consultée deux fois les 5 et 24 février par Madame Vanessa BOUDARD, évoque une schizophrénie associée à d'autres troubles interactifs majeurs avec absence de toute élaboration psychique. Une hospitalisation à l'unité mère-bébé ne serait pas adaptée, intolérable pour la patiente et absence de travail possible. De plus, le Dr JORIS estime Madame BOUDARD à risque élevé de décompensation lors de l'accouchement.

**Fait** Madame Vanessa BOUDARD, le 14/01/2015 à domicile, lors d'un entretien avec elle et ses parents, s'est brutalement levée et sortie de la pièce sans un mot. Elle ne reviendra que plusieurs minutes plus tard sans une explication. Sa mère dira qu'elle était sortie fumer.

**Fait** Madame Vanessa BOUDARD nous a dit le 2/12/2014 « j'ai peur d'une crise de schizophrénie à l'accouchement ». Son discours est très dispersé et il est compliqué pour la patiente d'envisager plusieurs sujets successivement. Elle passe d'un sujet à un autre sans logique.

**Fait** Il nous a été dit en septembre 2014, par la sage-femme de pmi Betty Enguin, que « c'est une maman pour laquelle on ne sait pas du tout ce qu'elle pense, avec un visage inexpressif quelle que soit son émotion ».

**Fait** Madame Vanessa BOUDARD nous a dit le 22/12/2014 par téléphone, qu'elle a consulté deux fois aux urgences au décours de la consultation grossesse, en raison d'un stress important après des réflexions de la sage-femme hospitalière sur l'éventuel placement du bébé, la nécessité de confier un gros chien et une question sur l'accompagnement psychologique de ses parents.

**Nos informations montrent une absence de discernement de Madame BOUDARD avec mise en danger régulière dans son entourage.**

**Fait** Il nous a été dit le 5 01/2015, par Vanessa BOUDARD, « j'ai rencontré sur internet un ami qui veut tout faire pour moi et pour ma fille, il veut la reconnaître. Il m'a dit que le traitement que je prends est dangereux pour ma fille ».

**Fait** Il nous a été dit le 2/12/2014, par Vanessa BOUDARD, « je ne sais pas me retenir quand mes amis autour de moi consomment de l'alcool ou des drogues ». Elle a ajouté en évoquant le père de son enfant à naître qu'il l'avait abusée financièrement, qu'il était alcoolique et drogué et qu'elle lui avait dit avoir fait une fausse-couche pour qu'il la laisse tranquille.

### Gravité significative

**Nos informations montrent que cette grossesse n'était pas désirée par Madame BOUDARD et qu'elle a du mal à l'investir.**

**Fait** Il nous a été dit le 07/01/2015, par Vanessa BOUDARD, « je ne veux pas être mère » et qu'elle souhaite confier sa fille à ses parents, mais qu'elle ne leur en a pas parlé.

**Fait** Il nous a été dit le 14/01/2015, par Vanessa BOUDARD lors d'une visite à domicile, qu'elle ne veut pas de préparation à la naissance « c'est ridicule, chiant, pas intéressant » avant de se laisser convaincre par sa mère.

**Nos informations montrent un déni des difficultés de la part de Madame BOUDARD.**

**Fait** Il nous a été dit le 22/12/2014 et le 14/01/2015, par Vanessa BOUDARD, « je refuse une TISF, je ne veux personne à la maison, j'ai peur de me sentir jugée et de mal faire. »

**Nos informations montrent une autonomie limitée de Madame BOUDARD avec dépendance vis-à-vis de ses parents.**

**Fait** Nous avons remarqué le 7/01/2015, que la mère de Madame BOUDARD s'occupait de prendre les rendez-vous au CHU pour sa fille, qu'elle gérait tous les rendez-vous la concernant.

**Fait** Le 5/01/2015, Vanessa BOUDARD nous a demandé, par téléphone, de convaincre ses parents de la laisser vivre ses projets.

## 2. PROBLEMATIQUE LIEE A L'ETAT PSYCHIQUE DU PERE ENVERS LA GROSSESSE

**Nota : Il convient de noter que nous n'avons pas pu entrer en contact avec le futur père.**

## 3. PROBLEMATIQUE RELATION DU COUPLE ET FONCTION PARENTALE

**Les éléments que nous avons montrent une rupture entre Vanessa BOUDARD et le futur père et une absence de projet parental, mais il convient de noter que cette problématique n'a pas pu être évaluée avec le futur père.**

**Fait** Il nous a été dit le 2/12/2014, par Vanessa BOUDARD, en évoquant le père de son enfant à naître, qu'il l'avait abusée financièrement, qu'il était alcoolique et drogué et qu'elle lui avait dit avoir fait une fausse-couche pour qu'il la laisse tranquille.

## 4. PROBLEMATIQUE LIEE A L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIAL ET MATERIEL

### Gravité destructive / destructrice

**Nos informations montrent un environnement familial pathogène, agressif et dans le déni des difficultés rencontrées par Vanessa BOUDARD.**

**Fait** Il nous a été dit le 19/12/2014 par Morgane BRESSE, sage-femme hospitalière, que Vanessa BOUDARD et sa mère ont eu des réactions agressives verbalement aux craintes exprimées par la sage-femme quant aux capacités de Vanessa BOUDARD à s'occuper d'un bébé, avec menace de meurtre en cas de retrait d'enfant.

**Fait** Le 07/01/2015, au téléphone, la mère de Madame BOUDARD nous a menacé : « vous ne me connaissez pas, je peux retourner le bureau si ça recommence ».

**Fait** Nous avons remarqué le 14/01/2015 lors d'un entretien à domicile, alors que les différentes possibilités sont évoquées : accueil administratif, délégation d'autorité parentale, accouchement sous le secret, que la mère de Madame BOUDARD refuse catégoriquement la possibilité que sa fille confie son bébé à la naissance « c'est honteux, il n'en est pas question », le père souligne « on n'était pas d'accord pour cette grossesse, elle l'a voulu, maintenant elle l'assume, ça lui servira de leçon ».

**Fait** Lors d'un entretien à domicile en janvier 2015 la mère de Vanessa BOUDARD a évoqué la possibilité d'héberger Vanessa et sa fille « mais pas indéfiniment, j'ai 4 enfants moi j'en n'ai pas qu'une ».

**Fait** Le Dr JORIS, après avoir rencontré Vanessa BOUDARD et ses parents, évoque des distorsions interactives majeures, une pathologie familiale avec beaucoup de violence dans la relation mère-fille, aucune élaboration psychique. Exemples cités : hilarité incontrôlée de Vanessa BOUDARD et de ses parents lors de la consultation à l'UMB quand Vanessa a mimé secouer un bébé. Par ailleurs, son père lui a parlé d'un trou qui ne se refermerait pas après le passage du bébé.

## 5. RESSOURCES LIEES A L'ETAT PSYCHIQUE DE LA MERE ENVERS LA GROSSESSE

### Capacités partielles

**Nos informations concernant l'état psychique de la mère envers la grossesse montrent qu'elle a été demandeuse d'un suivi et d'un accompagnement dès le début de sa grossesse**

**Fait** Il nous a été dit en novembre, par le Dr Jeanne MERRY, le médecin de PMI, que Vanessa BOUDARD voulait un accompagnement par une sage-femme PMI, qu'elle a rencontrée en septembre 2014 (relai pris par une autre sage-femme début décembre en accord avec la patiente, suite à un arrêt maladie).

**Fait** Il nous a été dit en janvier par le Dr MOUCHARON, psychiatre, que Vanessa BOUDARD était suivie régulièrement par elle, mais depuis peu.

**Fait** Il nous a été dit en décembre et en janvier, par Vanessa BOUDARD, qu'elle acceptait l'unité mère-bébé mais sans hospitalisation, qu'elle acceptait de venir avec ses parents écouter les conclusions de la Commission d'Equipe Pluridisciplinaire prévue en février, qu'elle était d'accord pour que nous lui exposions les différentes solutions concernant son bébé à la naissance.

**Fait** Nous avons remarqué le 14/01/2015, que Vanessa BOUDARD acceptait, avec réticence et après discussion, une préparation à la naissance à domicile.

## 6. RESSOURCES LIEES A L'ETAT PSYCHIQUE DU PERE ENVERS LA GROSSESSE

**Nota** : Il convient de noter que nous n'avons pas pu rencontrer le futur père.

## 7. RESSOURCES LIEES A LA RELATION DU COUPLE ET FONCTION PARENTALE

**Nota** : Il convient de noter que ces ressources sont inexistantes en l'état de notre information.

## 8. RESSOURCES LIEES A L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SOCIAL ET MATERIEL

### Capacités partielles

**Nos informations concernant le soutien familial apporté à la future mère montrent un accompagnement aux rendez-vous et une implication des futurs grands-parents dans le suivi de la grossesse.**

**Fait** Il nous a été dit le 19/12/2014, par Monsieur BOUDARD, « à qui appartient la décision de placement ? ».

**Fait** Nous avons remarqué le 07/01/2015, que Madame BOUDARD s'occupait de prendre les rendez-vous au CHU pour sa fille et qu'elle gère tous les rendez-vous la concernant.

**Fait** Nous avons remarqué le 14/01/2015, que la mère de Vanessa BOUDARD soutenait l'intérêt que sa fille aurait d'accepter une préparation pour le jour de l'accouchement.

**Fait** La chambre de Vanessa BOUDARD vue le 23/02/2015 contient une table à langer, un couffin et un cosy pour le bébé, en double exemplaire dont un sera revendu. Vanessa BOUDARD nous a déclaré avoir tout acheté pour le bébé.

**Fait** A chaque visite depuis janvier il nous est demandé par la mère, le père ou Vanessa BOUDARD quand ils pourront signer les papiers pour Madiane, leur future petite-fille.

## 9. COLLABORATION DES FUTURS PARENTS

**Nos informations concernant la collaboration de la future mère montrent qu'elle est très ambivalente.**

**Fait** Le 2/12/2014 Vanessa BOUDARD accepte l'unité mère-bébé, après en avoir parlé avec son médecin traitant, avec la sage-femme PMI et en en parlant le lendemain avec sa psychiatre.

**Fait** Il nous a été dit le 22/12/2014 et le 14/01/2015, par Vanessa BOUDARD, « je refuse une TISF, je ne veux personne à la maison, j'ai peur de me sentir jugée et de mal faire. »

**La collaboration du futur père n'a pas pu être évaluée.**



**CONCLUSION**

A partir d'une information recueillie auprès de la sage-femme hospitalière, de la gynécologue échographiste, de la future mère et de ses parents, du médecin de PMI, de la psychiatre de la patiente, de la pédopsychiatre de l'Unité Mère-Bébé, par téléphone et lors des rendez-vous de préparation à la naissance,

en fonction des dispositions de loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance et des définitions de l'enfance en danger en vigueur dans les sciences sociales,

étant donné la problématique liée à l'état psychique maternel envers la grossesse, de gravité destructive consistant dans une pathologie psychiatrique grave de type psychotique, diagnostiquée par un psychiatre, entraînant des troubles des interactions, une imprévisibilité, des variations importantes de l'humeur et une impossibilité à élaborer, assortie d'une absence de discernement avec mise en danger régulière dans son entourage et risque élevé de décompensation à la naissance,

étant donné la problématique liée à l'état psychique maternel envers la grossesse, de gravité significative consistant dans une grossesse non désirée et difficile à investir, un déni des difficultés, une autonomie limitée avec dépendance de la future mère vis-à-vis de ses parents,

étant donné l'absence d'évaluation de l'état psychique du futur père envers la grossesse,

étant donné la problématique liée à la relation du couple parental qui paraît inexistant actuellement mais qui n'a pas pu être évaluée avec le futur père,

étant donné la problématique liée à l'environnement familial, social et matériel de gravité destructive consistant dans un environnement familial pathogène, agressif et dans le déni des difficultés rencontrées par la future mère,

étant donné les capacités partielles liées à l'état psychique maternel envers la grossesse consistant dans une demande de suivi et d'accompagnement,

étant donné les capacités partielles liées à l'environnement familial, social et matériel consistant dans un accompagnement aux rendez-vous et une implication des futurs grands-parents dans le suivi de la grossesse,

considérant l'influence sur notre évaluation de menaces exprimées par la mère de Vanessa BOUDARD,

après examen des dysfonctionnements et ressources observés, nous estimons sous réserve d'informations complémentaires que l'enfant à naître sera exposé à un danger avéré de gravité destructive non contrebalancé par les capacités partielles de la future mère,

compte-tenu d'une collaboration maternelle ambivalente et défavorable à l'enfant à naître,

nous indiquons un placement de l'enfant dès sa naissance, sachant qu'une prise en charge à l'Unité Mère-Bébé n'est pas envisageable compte-tenu de la pathologie psychiatrique de la future mère,

nous précisons que Madame Vanessa BOUDARD et ses parents ont été informés du contenu du rapport, mais qu'en raison des menaces réitérées nous n'avons pas abordé l'indication de placement de l'enfant.

Signature

### **Commentaire du médecin**

J'ai pris connaissance de cet écrit alors qu'il était quasiment finalisé – ce qui correspond à notre procédure - mais j'ai constaté qu'aucune préconisation n'apparaissait en conclusion. La sage-femme de PMI m'a expliqué qu'elle ne savait pas quelle prise en charge proposer, malgré la gravité de la situation. Lors de nos échanges, il est apparu que les menaces qu'elle avait reçues la retenaient de demander un placement à la naissance. En effet, elle ne pouvait s'imaginer en informer la future mère et les futurs grands-parents, comme c'est le cas habituellement. Nous avons donc décidé d'écrire ce qui nous semblait adapté, c'est-à-dire une demande de placement dès la naissance, mais, compte tenu du contexte, et de façon exceptionnelle, de ne pas en informer la future mère.

Pour chaque IPPrénatale, nous mesurons l'importance d'apporter un regard extérieur, distancié émotionnellement, indépendant de l'accompagnement des futurs parents, pour relire l'écrit et vérifier la concordance entre les faits rapportés et les préconisations faites en conclusion.

### **Commentaire du juge**

Cet écrit met bien en évidence un certain nombre d'éléments préoccupants dont la conjonction, non contrebalancée par des éléments-ressources, permet de caractériser une potentielle situation de danger. La conclusion est étayée par des faits objectifs. Le choix de ne pas informer la mère et ses parents de la demande de placement est tout-à-fait compréhensible dans cette situation. Ce choix est conforme au droit puisque les parents ont été informés du contenu du rapport et cela permet de protéger les équipes qui n'ont pas à porter la responsabilité de la décision.

Le juge des enfants a été saisi par le Procureur de la République trois jours après la naissance de l'enfant et a pris la décision de confier provisoirement le bébé à l'Aide sociale à l'Enfance. Cette décision a été prise sans audience, en visant l'urgence et sur la base d'un signalement composé de l'Information Préoccupante Périnatale, mais aussi des premiers éléments recueillis après la naissance. Il est évident qu'à ce stade, l'Information Préoccupante Périnatale tient une large place dans la caractérisation du danger et la décision.

L'audience a été organisée une semaine plus tard (la loi prévoit un maximum de 15 jours entre une décision de placement en urgence et la tenue d'un débat contradictoire). L'audience est un temps incontournable de la procédure qui permet de confronter les parents aux éléments du signalement, d'en relativiser certains éléments, mais également d'en confirmer d'autres. Ainsi, le discours incohérent et confus de la mère s'est illustré à l'audience, de même que le manque de repères concernant les besoins primaires de son bébé. Les éléments factuels du signalement concernant l'entourage de la mère ont été déterminants dans la prise de décision de placement, puisqu'ils ont permis de montrer une grande dépendance de la mère par rapport à ses propres parents et une incapacité de ceux-ci à favoriser un accompagnement adapté de leur fille dans l'apprentissage de sa parentalité.

À l'issue de l'audience, le juge des enfants a donc pris la décision de maintenir le placement pour une durée de six mois en accordant à la mère des droits de visite encadrés qui permettront, d'une part de soutenir le lien mère-enfant et d'autre part d'évaluer plus précisément les capacités maternelles. En conclusion, l'information préoccupante périnatale joue un rôle certain dans la prise de décision en urgence et pour les premiers mois de l'enfant.

### **Commentaire du consultant**

Pour un début, ce n'est pas mal, la fidélité entre le corps du texte et la conclusion est majeure, sans faute. La seule divergence porte sur l'implication présente et significative dans la conclusion mais non traitée dans le corps du rapport. La gravité est finement étalonnée tout au long de la démonstration diagnostique ; ce qui produit l'impression d'une forte cohérence clinique.

Le trait clef de ce rapport est la mise en évidence d'un danger grave non contrebalancé par les ressources, qu'on a pris soin d'examiner, de mentionner et de jauger ; aucun détracteur sensé ne saurait prétendre qu'il s'agit d'un rapport à charge dont l'arbitraire fait omettre la mention des ressources.

Quatre pages, c'est une performance : on obtient un travail à la fois précis, documenté, lisible et concis ; dans la mesure où il s'agit de l'expérimentation d'un prototype, c'est vraiment encourageant.

La double analyse de cohérence clinique et de cohérence méthodologique ne m'a pris qu'une demi-heure, alors que j'y consacre couramment entre une et deux heures.

## **Conclusion**

Voici venir la fin de cette communication. Pour la conclusion, les mots de la fin reviennent aux rédacteurs. Place à la parole singulière de chaque auteur !

### **Commentaire du médecin**

Ce travail a beaucoup apporté à l'équipe périnatale. Il a permis de sécuriser et valoriser l'équipe périnatale vis-à-vis des partenaires en reconnaissant notre travail comme un véritable travail d'évaluation périnatale des situations. Cette élaboration collective a renforcé les liens au sein de l'équipe périnatale, mais aussi avec les autres professionnels qui y ont participé, ce qui est facilitateur dans l'action quotidienne.

Ce travail a impulsé une véritable dynamique auprès des différents professionnels impliqués dans le protocole de prise en charge des situations préoccupantes en périnatal. Ainsi, une actualisation du protocole est en cours, avec remodelage et élargissement de certains groupes de travail (rencontres entre maternités, séances de reprise de situations a posteriori notamment) et simplification des circuits de traitement en interne.

Ce protocole qui était principalement périnatal jusqu'à présent va être élargi et affiné pour la période postnatale précoce. Alors que les prises en charge sont maintenant assez pensées et structurées en périnatal, la nécessité de renforcer la continuité entre périnatal et postnatal ressort. Dans ce sens, un projet de référent unique Aide Sociale à l'Enfance pour les placements en maternité est en cours de finalisation.

Mais il faut souligner que l'évaluation périnatale des situations doit reposer sur des professionnels formés spécifiquement à ce travail et que la méthode présentée dans cet article ne peut se résumer à une liste de facteurs de risque et demande une formation adéquate. C'est pourquoi nous avons choisi de ne pas communiquer les critères d'évaluation aux maternités de notre département.

Au total, les situations très inquiétantes qui nécessitent la rédaction d'une Information Préoccupante Périnatale sont rares (0,3% des grossesses dans la Vienne en 2013 et 2014), mais très complexes. Elles requièrent une attention particulière et une prise en charge très spécifique. Enfin, toute méthode innovante nécessite d'être suivie et évaluée pour apporter les ajustements nécessaires.

### **Commentaire du juge**

Le travail sur les informations préoccupantes prénatales est très important même s'il se situe nécessairement "à la marge" de la procédure judiciaire en assistance éducative. En effet, la procédure en assistance éducative visée aux articles 375 et suivants du Code Civil ne concerne que les enfants dotés d'un état civil, donc les enfants nés. En toute rigueur, le juge des enfants ne peut pas être saisi de la situation d'un enfant qui n'est pas encore né.

Toutefois, la réception d'une telle information en amont de la naissance constitue un outil d'aide à la décision très précieux pour le magistrat, qu'il s'agisse du Procureur de la République qui devra décider de la saisine du juge des enfants ou que ce soit pour le juge lui-même qui devra prendre ou non la décision de placement de l'enfant. Le placement d'un bébé en sortie de maternité est l'une des décisions les plus difficiles à prendre pour le juge, à la fois parce que c'est d'une violence extrême pour les parents, et à la fois, parce qu'il faut se décider très vite et sur la base de quelques éléments très restreints.

Etre informé en amont permet donc de préparer ce type de décision, de proposer le cas échéant une solution alternative au placement institutionnel (un placement dans la famille par exemple ou chez un tiers digne de confiance si de telles ressources ont été détectées). Dans le cas d'un bébé à naître dans une fratrie déjà suivie par le juge des enfants, la naissance peut être travaillée avec les parents par les équipes éducatives et permettre ainsi, parfois, d'éviter le placement.

S'agissant de la participation à ce groupe de travail, elle s'est avérée très riche puisqu'elle a permis aux différents acteurs de se rencontrer et prendre conscience des attentes mais aussi des contraintes de chacun. Enfin, cela a peut-être permis de "rassurer" les équipes sur la place et la responsabilité de chacun en rappelant aux sages-femmes qu'être vecteur d'une information n'est pas prendre la décision ; que celle-ci revient toujours et uniquement au magistrat.

En ce sens, le systématisme de la méthode est très aidant car plus l'information est factuelle et distanciée de soi et de sa subjectivité, moins le sentiment "d'y être pour quelque chose" sera présent chez les sages-femmes qui signalent les situations préoccupantes.

### **Commentaire du consultant**

Continuons de distinguer prototype et outil. Le prototype est une ébauche instrumentale, tandis que l'outil a fait les preuves de son efficacité. Nous sommes ici encore en présence d'un prototype expérimental. En l'état il semble présenter les qualités d'efficacité encourageantes, qui incitent à en poursuivre l'élaboration et l'affinement. Il faudra vraisemblablement plusieurs années de travaux avant de passer au stade de l'outil efficace. Il appartient désormais à l'équipe du Pôle prénatal de PMI de la Vienne de poursuivre l'appropriation et l'amélioration de ce dispositif d'évaluation IPPrémat.

D'ores et déjà, en l'état d'avancée des travaux, il me semble plus que probable que le prototype va intéresser d'autres équipes sur les territoires de la francophonie, où les professionnels continuent de s'interroger sur l'évaluation et le traitement des situations de danger en périnatalité.

### **Références bibliographiques**

- Alföldi F., *18 cas pratiques d'évaluation en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2008
- Bydlowsky M., *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF, 1997.
- Haute Autorité de Santé. *Préparation à la naissance et à la parentalité : Recommandations pour la pratique clinique*, Saint Denis la Plaine, HAS 2005.
- Missonnier S., *La consultation thérapeutique périnatale*, Paris, ERES, 2009.
- Molénat F., *Naissances, pour une éthique de la prévention*, Toulouse, ERES, 2001.
- Winnicott D. W. « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969.