

Françoise Molénat, initiatrice de l'entretien prénatal précoce, plaide pour un fonctionnement en réseau des professionnels intervenants en périnatalité, auprès de l'enfant, de sa mère et de sa famille.

Travailler en réseau aux étapes précoces de la vie : un état d'esprit

Françoise Molénat,
pédopsychiatre,
Association de formation
et de recherche
sur l'enfant et son
environnement (Afree),
Montpellier.

tations mutuelles nourries par l'imaginaire de chacun ? Au sein même de chacun de ces champs d'exercice, les oppositions et superpositions jusqu'aux contentieux, entre public et privé, entre courants théoriques ou logiques institutionnelles offraient un contexte humain haché, discontinu, truffé de divergences dans les avis, de paroles négatives sur celui que l'on ne connaît pas... Bref, un miroir grossissant et déformant renvoyait aux familles les plus vulnérables l'image du chaos, aggravant leur propre sentiment d'insécurité, renforçant même leur désordre intérieur. Seule défense alors : la fuite, le repli, et leurs conséquences.

Faut-il rappeler la période peu lointaine, où le monde médical, le monde social et celui de la psychiatrie s'ignoraient, tout en développant des représen-

Faute de lecture rigoureuse des processus relationnels entre chaque intervenant et la femme enceinte, le couple, l'enfant et chacun des intervenants rencontrés, mais aussi faute d'occasions de reprendre ensemble la chronologie des rencontres, de la grossesse à la petite enfance, ce chaos n'était pas identifié. Le diagnostic d'une « maltraitance collective » qui s'ignore pointera sérieusement dans les années 1980-1990, grâce aux témoignages des parents. L'absence de retour sur le devenir des familles rendait impossible la moindre reconnaissance et l'évaluation des efforts entrepris en amont. « *Nous nous engageons moins auprès d'une femme enceinte hospitalisée si nous ne connaissons pas ceux qui interviendront après* », déploraient les sages-femmes avant que s'organisent de meilleures liaisons. Des publications anglo-saxonnes et l'action de quelques pionniers ont levé le voile, et les équipes de toutes disciplines ont amorcé un rapprochement, volontariste donc inégal selon les contextes. Les vérités partielles, propres à chaque corps de métier, s'associeront peu à peu pour entrer dans la complexité de l'humain.

Nouer une alliance avec le couple

La tendance ancienne à interpréter le trouble de l'enfant sur le mode linéaire d'un dysfonctionnement parental s'est largement canalisée au travers d'une meilleure écoute et du repérage des hiatus dans les « prises en charge », terme devenu inadéquat dès que l'on

s'oriente vers un dialogue précoce et un partenariat que les associations d'utilisateurs réclament haut et fort, plus aisés à construire en période prénatale. L'inquiétude surgissant plus tard devant un trouble du développement orientait vite le regard sur les « incapacités ou fragilités maternelles », qui relèveraient alors d'un traitement spécialisé et/ou d'une mesure de protection... sans qu'une alliance ait pu se nouer d'emblée avec le couple. Ce terme d'alliance, banalisé depuis peu, a permis de nommer ce qui manquait : un véritable dialogue dans la confiance, qui seul peut amorcer un travail coordonné centré sur les rencontres interpersonnelles. Qui, mieux que ces jeunes adultes devenant parents, peut indiquer les éléments psycho-émotionnels qui interviendront dans les premières relations ?

Manière de penser ensemble

Surtout, l'enveloppe qui commençait à se tisser autour d'une famille naissante, à partir d'une qualité d'accueil suffisante par un professionnel de la grossesse, a révélé des ressorts inattendus dans la construction/reconstruction de mères et de pères parfois porteurs de traumatismes ou de carences anciennes. D'effet évident et rapide autour du deuil prénatal, puis du diagnostic anténatal [1], l'attention portée auprès de femmes enceintes souffrant d'addiction a permis d'asseoir et de valider de façon prospective la pertinence d'une « manière de penser ensemble » qui s'élaborait en certains lieux [1-4]. La mise en parallèle, étape par étape, du vécu parental avec les impressions et les

**« TOUT L'ENJEU, GRÂCE
AU CROISEMENT DES FONCTIONS,
SERA JUSTEMENT DE TRANSFORMER
UNE ORIENTATION PARFOIS VÉCUE
COMME MENAÇANTE
PAR DES PARENTS BLESSÉS
EN VALEUR ATTRIBUÉE
À CE QU'ILS ONT PU CONFIER
AUX PROFESSIONNELS PRÉSENTS
AUX ÉTAPES DE NAISSANCE. »**

L'ESSENTIEL

- ▶ **Françoise Molénat a contribué au développement du réseau de périnatalité en Languedoc-Roussillon (désormais englobée dans la région Occitanie), afin de faciliter la connaissance mutuelle et d'apprendre à travailler ensemble.**
- ▶ **Point de départ absolu : un tel réseau de soins est forcément amorcé à partir de l'écoute de la future mère et/ou du couple.**
- ▶ **Il s'agit d'un profond changement de culture, qui bouscule les identités professionnelles concernées des secteurs médical, psychiatrique et social.**
- ▶ **Cette démarche est indispensable au profit de la mère, des parents, de la famille et, en tout premier lieu, de l'enfant.**

attitudes professionnelles, a beaucoup aidé à repérer les écarts tout comme les moments-clés dans l'évolution familiale. Une véritable grammaire des interactions telles qu'elles ont pu se vivre de part et d'autre a fourni des « mots pour

penser ensemble » : accueillir, anticiper, transmettre, moment-clé, urgence émotionnelle, rappel, retour d'information, etc. Les témoignages ultérieurs des parents furent d'une grande aide : ils permettaient de confronter les impressions de chaque professionnel selon son rôle et son moment d'intervention, de constater l'évolution subjective de la mère et du père, enrichie tant que possible d'une observation sur le développement du nourrisson.

Une autre trame est progressivement sortie de l'ombre : la richesse des interrelations autour du corps, la dynamique des échanges avec la femme et son conjoint, les liaisons personnalisées entre professionnels offraient une nouvelle histoire de vie, entre famille naissante et collectif structuré par les places de chacun, articulées les unes aux autres. Les mouvements psycho-affectifs furent saisissants. Les couples ont témoigné d'un changement profond au sortir d'une épreuve vécue ensemble,

ou d'une confiance en eux-mêmes inconnue jusqu'alors, au moment de mettre leur enfant au monde et d'en prendre soin. Le constat rejoignait les travaux de chercheurs dans d'autres contextes, en particulier ceux de Stern sur l'importance du moment présent dans une psychothérapie classique, et son potentiel de réaménagement de l'expérience vécue [5].

Le tournant des réseaux périnataux régionaux

Favoriser la connaissance mutuelle des acteurs concernés s'imposait, ce sera l'une des missions des réseaux périnataux régionaux [6-8]. En effet, des craintes ont surgi : « *Travailler ensemble mais comment ? On va tout se dire ? Et la confidentialité ?* » C'est l'inverse. Plus on s'appuie les uns sur les autres, plus chacun peut creuser sa place, sachant que d'autres aspects de la situation seront traités par d'autres, dans une communication suffisante pour que les parents puissent exprimer le mieux-être à sentir une cohérence autour d'eux – qu'il est convenu de qualifier désormais de « contenant ». Juste se reconnaître dans nos places mutuelles, que l'on soit médecin généraliste, sage-femme, pédiatre, psychologue, assistante sociale, etc., sans obligation d'une réunion coûteuse et où ne viendront pas les acteurs essentiels – comme le médecin généraliste ou le gynécologue – pour la famille la plus en difficulté, du fait du mode d'exercice et de ses contraintes. Une autre crainte se faisait jour : l'importance de la relation duelle dans la mise en confiance ne contre-indiquait-elle pas l'existence de plusieurs professionnels dans les cas de vulnérabilité ? Au contraire, moins l'on se sent seul, plus on s'engage, une fois dépassée la peur de perdre quelque chose dans cette ouverture. Bien plus, c'est dans le croisement des regards d'intervenants à des places différentes que se décèlera une vulnérabilité qui ne peut encore se dire. Un tel constat vient de l'analyse des situations complexes, de la grossesse à l'enfance.

L'évolution se fait attendre

Malgré la création d'un entretien prénatal précoce remboursé par l'assurance maladie, malgré la création de nombreux postes de psychologues – plus rarement de psychiatres –, malgré la mise à disposition d'une

RÉSEAUX PÉRINATALS ORGANISÉS : UN VIRAGE DANS LA CULTURE MÉDICALE

Les réseaux régionaux ont pour mission, entre autres, de favoriser les pratiques transversales afin d'optimiser les moyens existants et d'éviter les superpositions ou annulations délétères. On le constate, il s'agit là d'un virage dans la culture médicale d'abord, et aussi sociale, psychologique et psychiatrique. Les soignants jouent un rôle majeur, puisqu'ils rencontrent, en première instance le plus souvent, les futurs parents et vont tenter avec eux de tisser l'accompagnement ajusté à partir d'un dialogue élargi tôt dans la grossesse. Accueillir questions et demandes implique de disposer de réponses, ce qui passe par la connaissance des acteurs utiles, maintenant et plus tard. L'entretien prénatal précoce, financé par l'assurance maladie, n'est que la première étape d'un suivi ajusté qui intègre l'ensemble des composantes en jeu dans le développement ultérieur de l'enfant. Ainsi s'éclaire l'intérêt de réseaux organisés, peut-être transitoires, pour faciliter la connaissance mutuelle et apprendre à travailler ensemble.

La confusion persiste, mais elle s'atténue, entre un réseau organisé et la façon dont les professionnels vont s'appuyer d'abord sur les personnes de confiance choisies par les

futurs parents pour élargir le cercle en fonction des besoins spécifiques à cette même famille. La notion de réseau personnalisé de soins, amorcée forcément à partir de l'écoute de la future mère et/ou du couple, a peu à peu pris sa place. Les réseaux périnataux jouent un rôle majeur, divers selon l'équipe d'animation. Par exemple, ils sont les mieux placés pour organiser des rencontres ou des formations interdisciplinaires, rendues difficiles par le cloisonnement des organismes. Sous l'impulsion d'un médecin convaincu, le réseau régional Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon a stimulé l'élaboration de référentiels concernant les thématiques médicales puis médico-psycho-sociales dans la continuité des étapes, toujours à partir du suivi médical de la naissance, fil lisible pour tous les couples¹. D'autres réseaux ont eu la même démarche. L'effort fourni par les praticiens de toutes disciplines est remarquable, à la hauteur du besoin ressenti.

Françoise Molénat

1. Kojayan R., Lévy G., Havasi K., Molénat F. *Grossesse et souffrance psychique. Précis de nouvelles pratiques*. Montpellier : Sauramps médical, 2016 : 183 p.



méthodologie d'analyse prospective et interdisciplinaire de situations complexes, l'évolution ne s'est pas produite rapidement. La direction générale de la Santé a sollicité un « état des lieux qualitatif des avancées et des obstacles ». Le recueil des questionnaires et des témoignages a confirmé que les trois mesures ci-dessus doivent se mettre en route ensemble. Un entretien sans culture des règles de transmission tombe à l'eau et, parfois, s'avère contre-productif, nourrissant le conflit entre corporations. Apprendre à transmettre efficacement passe par l'écoute des autres professionnels concernés dans la chronologie d'actions diverses sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Il ne s'agit pas de théorie, mais de l'interpénétration des préoccupations différenciées de chacun. « *Avoir les autres dans la tête tout en restant à sa place* » décrit bien le mouvement à opérer. Les réseaux périnataux régionaux joueront un rôle majeur, variable

selon l'équipe de coordination. Dans le Languedoc-Roussillon (dorénavant en Occitanie), sous l'impulsion d'un chef de service d'obstétrique convaincu et d'une sage-femme coordinatrice, des référentiels (voir encadré page 31) sur telle ou telle thématique médicale, élargie ensuite aux vulnérabilités psycho-émotionnelles, ont vu le jour au prix d'un effort collectif important, signant là le besoin éprouvé par les professionnels eux-mêmes d'une plus grande cohérence.

Travailler en réseau

La collaboration entre psychologues, psychiatres d'enfants et psychiatres d'adultes a coïncé en maints endroits, mais peu à peu les champs d'action se différencient. Quant au dialogue entre le monde « psy » et le monde médical, il cherche ses marques. Les pratiques classiques des psychothérapeutes ne suffisent pas à soutenir une équipe mise à mal par certaines

« JUSTE SE RECONNAÎTRE DANS NOS PLACES MUTUELLES, QUE L'ON SOIT MÉDECIN GÉNÉRALISTE, SAGE-FEMME, PÉDIATRE, PSYCHOLOGUE, ASSISTANTE SOCIALE. »

situations. Il s'agit de disposer de disponibilité et de faire preuve d'intérêt pour ce que vivent les acteurs de première ligne, non seulement pour les soutenir, mais pour y trouver soi-même un enrichissement clinique. En effet, les parents les plus en insécurité du fait de leur parcours de vie ne consulteront pas aisément un spécialiste. C'est au travers d'une expérience relationnelle fiable avec le professionnel médical que la confiance se transmettra et qu'une orientation pourra se faire dans un deuxième temps. Le sentiment de sécurité éprouvé alors permet un accès non dangereux au passé affectif, ce monde des « fantômes » pour reprendre

« TRAVAILLER EN RÉSEAU CONSISTE À MAINTENIR VISIBLES ET ACTIVÉS LES PLACES DE CHACUN, DANS LE MOMENT PRÉSENT PAR DE COURTES LIAISONS, DANS L'APRÈS-COUP EN REPRENANT AVEC LES PARENTS CE DÉBUT D'HISTOIRE ÉCRIT AVEC DES PROFESSIONNELS D'AUTRES CHAMPS. »

l'expression de S. Fraiberg. Or, l'analyse des « staff de parentalité » en milieu hospitalier a montré comment pouvait se perdre vite le fil médical (consultations, échographies, sages-femmes de proximité, etc.) au profit d'un déversement d'éléments négatifs touchant à l'intime, inutiles et peu aidants pour les équipes hospitalières. Un psychologue en deuxième ligne peut jouer un rôle majeur, à condition d'y être formé et d'être sensibilisé à l'impact psychique de l'engagement des soignants. À travers ces quelques exemples, l'on perçoit combien travailler en réseau consiste à maintenir visibles et actives les places de chacun, dans le moment présent par de courtes liaisons, dans l'après-coup en reprenant avec les parents ce début d'histoire écrit avec des professionnels d'autres champs.

Les financements du Plan périnatalité ont permis de créer en certains lieux, à partir de l'élaboration des terrains, des dispositifs pilotes face aux problématiques familiales aiguës. Ces dispositifs permettent à l'équipe obstétricale d'asseoir un cadre de prise en charge médicale qui intègre les collaborations étroites avec les psychologues, les psychiatres et les acteurs du champ médico-social et social. Le tout est coordonné par un poste de sage-femme qui tient à la fois le « fil » des parents tout au long des étapes et celui de chaque professionnel. La sécurité de l'intervenant constitue en effet l'une des clés dans la politique de prévention : possibilité de s'engager auprès d'un couple difficile sans rester seul, informations en amont et en aval dans la plus grande transparence avec les parents afin de maintenir la confiance (voir encadré p. 31).

Collectif humain structuré

La diversité des approches devient une richesse, au lieu de s'opposer. Le pédopsychiatre, souvent alerté

lorsqu'un danger se profile pour l'enfant à venir, fait l'expérience de l'appui considérable qu'offrirait une sage-femme de proximité si elle n'est pas seule.

L'originalité du travail en réseau consiste en les effets qu'il procure sur la famille elle-même : elle se sent au centre d'un collectif humain structuré. Maintenir la fluidité des places dans une continuité suffisante pose la question des outils. C'est pourquoi la fonction de coordination a émergé comme une nécessité [9, 10], exercée par un soignant dans le temps périnatal, à relayer par la suite lorsque l'enfant rentre au domicile, si l'étayage ou une simple vigilance doit se poursuivre. Le rôle d'un médecin, d'une sage-femme est aisément décodable pour n'importe quelle femme, fondé sur le soin et la bienveillance vis-à-vis d'un bébé à naître, quelle que

soit la situation. Tout l'enjeu, grâce au croisement des fonctions, sera justement de transformer une orientation parfois vécue comme menaçante par des parents blessés en valeur attribuée à ce qu'ils ont pu confier aux professionnels présents aux étapes de naissance. Par exemple, ces derniers peuvent soutenir un projet de protection de l'enfant en s'appuyant sur la qualité des rencontres en cours de grossesse et, désormais, jusqu'au retour à domicile, puisqu'une sage-femme peut intervenir à domicile en post-partum.

Il s'agit bien d'un profond changement de culture, qui bouscule les identités professionnelles et les habitudes. La transversalité comme la complexité des processus relationnels ne favorisent pas l'évaluation. Pourtant, une fois éprouvé l'intérêt du changement, le mieux-être dont témoignent les professionnels devrait soutenir l'évolution des pratiques, malgré les nouvelles contraintes qui pèsent sur certains secteurs. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] *Les Cahiers de l'Afrée*, 1992-2000. En ligne : <http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/Sommaires-des-Cahiers-de-lAFREE.pdf>
- [2] Molénat F., dir. *Naissances : pour une éthique de la prévention*. Toulouse : Éditions érès, coll. Prévention en maternité, 2001 : 134 p.
- [3] Molénat F., dir. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*. Toulouse : Éditions érès, coll. Prévention en maternité, 1^{re} éd., 2009 : 272 p.
- [4] Chanal C., Mazurier E., Rey V., Toubin R.-M., Misraoui M., Burlet G., et al. Coordination grossesse et addictions : une prise en charge en réseau personnalisée. In : Whittaker A. (trad.). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse*. Londres : Drugscope, 2011/Paris : Respadd, 2013 : p. 98. En ligne : <http://www.respadd.org/wp-content/uploads/2015/08/Guide-complet-BAT2-MD.pdf>
- [5] Toubin R.-M. *Le chemin vers Zao*, témoignage vidéo, www.afree.asso.fr
- [6] Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale. *Plan périnatalité 2005-2007 – Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Paris :

ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, 2004 : 42 p. En ligne : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinata-lite_2005-2007.pdf

[7] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. *Cahier des charges des Réseaux périnataux régionaux*. En ligne : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/07/cir_39846.pdf

[8] Circulaire DHOS/DGS/02/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. En ligne : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

[9] Alderdice F., McNeill J., Lynn J. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery*, 2012, vol. 29, n° 4 : p. 389-399. En ligne : [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00088-5/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00088-5/fulltext)

[10] Molénat F. Impact of the perinatal environment on the child's development. Implications for prevention policies. In : Antonelli M., dir. *Perinatal programming of neurodevelopment*, New York : Springer, 2015 : p. 409-424.