

PRÉVENTION EN FAVEUR DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance fait de la prévention un axe majeur de la protection de l'enfance. Elle vise à 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.

L'intérêt de l'enfant doit guider toute action de prévention.

Il s'agit d'abord de susciter une dynamique favorable au développement de l'enfant, de veiller à répondre à ses besoins fondamentaux, qu'ils soient physiques, intellectuels, sociaux, affectifs ou culturels, et au respect de ses droits. Les professionnels de la prévention doivent inviter ses parents⁽¹⁾ et son entourage à lui porter une attention bienveillante, à prendre soin de lui, à bien le traiter.

Il s'agit également d'écouter, de comprendre, d'analyser et d'élaborer avec lui et sa famille des réponses qui doivent les aider lorsque surviennent des difficultés.

La prévention doit s'adapter aux différents besoins des parents et de l'enfant : d'information, de conseil, d'orientation, d'accompagnement ou de soutien.

La prévention est nécessairement multidimensionnelle et globale. Elle couvre tous les champs et prend en compte tous les moments de la vie de l'enfant et son contexte. Elle requiert, par conséquent, une complémentarité des acteurs et des actions.

Ce guide a pour principal objet d'exposer les apports de la loi du 5 mars 2007 en matière de prévention. Il expose les dispositions nouvelles, les situe dans les dispositifs existants, donne les grands axes qui ont inspiré la réforme.

Il se situe en amont des dispositifs de protection, depuis la prévention primaire jusqu'à la lisière des actions préventives à domicile de l'aide sociale à l'enfance⁽²⁾.

À partir de la loi, il aborde trois axes d'action :

- la prévention périnatale ;*
- la prévention des difficultés éducatives parentales ;*
- la prévention en direction des enfants et des adolescents.*

(1) Pour l'ensemble du guide, le terme parents s'applique aux deux parents, à un seul parent, ou aux détenteurs de l'exercice de l'autorité parentale.

(2) Les interventions à domicile sont essentiellement traitées dans le guide « Intervenir à domicile dans un but de protection de l'enfance ».

Sommaire

1.	La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance	4
	Les apports de la loi du 5 mars 2007 en matière de prévention	5
	La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la prévention précoce des risques de mise en danger de l'enfant	7
	La loi du 5 mars 2007 s'appuie sur les interventions d'une pluralité d'acteurs	8
	Des principes de base de la prévention pour agir dans un objectif commun : la protection de l'enfant	10
2.	La prévention périnatale.....	13
	La grossesse	14
	La naissance	21
	Le retour de la maternité	22
3.	La prévention des difficultés éducatives parentales et l'accompagnement des familles	26
	Accompagner les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales	27
	Accompagner parents et enfants dans les situations de crise ou de conflit	30
4.	La prévention médico-sociale en direction des enfants	34
	La prévention en direction des enfants	35
	La prévention médico-sociale en direction des adolescents	40
	Conclusion.....	50

Annexes

1. L'entretien prénatal du 4 ^e mois de grossesse : la circulaire du 4 juillet 2005	53
2. L'entretien du 4 ^e mois de grossesse : les recommandations de la Haute Autorité de Santé	58
3. Le référentiel formation pour la conduite de l'entretien du 4 ^e mois de grossesse	66
4. La préparation à la naissance et à la parentalité	67
5. Le soutien aux parents durant le séjour à la maternité	77
6. Coordination des professionnels durant la période périnatale	80
7. Adapter l'accompagnement périnatal en fonction des besoins et des difficultés	81
8. Le parrainage de proximité	83
9. Les réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Aide à la Parentalité	84
10. Le rôle des caisses d'allocations familiales en matière de prévention	85
11. Les lieux d'accueil enfants parents	86
12. La médiation familiale	87
13. Les espaces de rencontre	89
14. La prévention spécialisée	92
 Indications bibliographiques.....	 95
 Remerciements.....	 96



1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

La prévention implique l'ensemble des acteurs médico-sociaux et éducatifs intervenant sur un même territoire géographique. Elle les amène à conjuguer les dimensions éducatives, culturelles, sociales, en plus de la dimension sanitaire, tout en prenant en compte l'ensemble des facteurs de vulnérabilité de l'enfant, de ses parents et de sa famille.

Les apports de la loi du 5 mars 2007 en matière de prévention

La loi réformant la protection de l'enfance articule la prévention autour de trois axes.

> Des actions de prévention périnatale

Art. L. 2112-2 du code de la santé publique

Pour les femmes enceintes « notamment des **actions d'accompagnement** si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un **entretien systématique psychosocial** réalisé au cours du quatrième mois de grossesse ».

« Des actions médico-sociales préventives et de **suivi assurées**, à la demande ou avec l'accord des intéressées et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, **pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations.** »

> Des actions de prévention en direction des parents qui ont des difficultés dans l'éducation de leur enfant

Art. L. 112-3 du code de l'action sociale et des familles

« La protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles et d'assurer, le cas échéant, selon des modalités adaptées à leurs besoins, une prise en charge partielle ou totale des mineurs. Elle comporte à cet effet un ensemble d'interventions en faveur de ceux-ci et de leurs parents. Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre. La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge. »

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

› Des actions de prévention médicale et médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

■ Des actions assurées par le service de protection maternelle et infantile (PMI) pour les enfants de moins de 6 ans.

Art. L. 2112-2 du code de la santé publique

« Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que **l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans**, notamment en école maternelle [...] »

« Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale [...], **aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage**. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

■ Des actions assurées dans le cadre de scolarité pour les enfants de plus de 6 ans et les adolescents.

Art. L. 541-1 du code de l'éducation

« Au cours de leurs sixième, neuvième, douzième et quinzième années, **tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé**. Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles. »

« Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, **sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix**. »

« À l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites. »

« **Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage**. »

« Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours d'un service social et, dans les établissements du second degré, de l'infirmière qui leur est affectée. »

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

« Les visites obligatoires des **neuvième, douzième et quinzième années** sont assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. »

La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur la prévention précoce des risques pour l'enfant

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne une base légale à des actions de prévention « primaire⁽³⁾ » qui s'adressent à toute une population, partant du principe que des risques de mise en danger de l'enfant peuvent apparaître quel que soit le contexte social, culturel ou familial.

› Des rencontres systématiques à des moments-clé

La loi prévoit des temps de prévention systématiques pour les parents ou pour les enfants.

Ces temps correspondent à des moments-clé pendant la grossesse, à la naissance, durant la prime enfance, l'enfance et l'adolescence. Il s'agit de favoriser les rencontres entre les parents, les enfants et les professionnels à des termes précis :

- au 4^e mois de grossesse ;
- à 3-4 ans, à la 6^e, 9^e, 12^e et 15^e années de l'enfant.

L'organisation de consultations avec des professionnels de santé et du secteur médico-social permet de considérer la situation du futur parent ou de l'enfant, de déceler d'éventuelles difficultés et de proposer un accompagnement en cas de besoin.

› Une attention accrue envers les plus petits

La loi met l'accent sur la prévention des plus petits, une attention particulière devant être portée aux enfants de moins de 6 ans.

Elle renforce les actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Facteurs de difficultés dans les apprentissages fondamentaux de l'enfant, dans ses relations avec les membres de sa famille et avec son environnement, il s'agit de les repérer et d'y remédier au plus tôt.

(3) Le terme de prévention primaire est habituellement employé dans le champ sanitaire. Elle a pour objectif d'empêcher la survenue d'un événement défavorable et de ses causes lorsqu'elles sont connues.

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

› La santé de l'enfant est un point d'entrée important dans la prévention

Désormais, cinq rencontres médicales obligatoires sont prévues entre la quatrième et la quinzième année.

Perçue le plus souvent comme une prévention positive au bénéfice de leur enfant, la prévention sanitaire permet d'initier assez facilement un dialogue entre les parents et les professionnels, dialogue qui peut s'élargir à d'autres aspects de la vie d'un enfant⁽⁴⁾. Pour les adolescents, l'entretien avec un médecin peut être une opportunité pour parler de leurs difficultés.

Ces temps de rencontre ne doivent pas se limiter, dans leur contenu, à un aspect purement médical, mais constituent l'occasion d'aborder plus largement le contexte de vie, les relations de l'enfant avec ses parents et avec autrui, les aspects quotidiens d'ordre éducatif, social, économique, culturel.

Outre ces temps de rencontre systématique, les professionnels de santé ont à développer leur attention sur l'état général de l'enfant qui peut traduire des difficultés qu'il est parfois impossible de déceler autrement, aux signes de mal-être signifiés par l'enfant, et/ou énoncés par ses proches.

La loi du 5 mars 2007 s'appuie sur les interventions d'une pluralité d'acteurs

La loi du 5 mars 2007 donne à la prévention une dimension multiple susceptible de mieux prendre en compte les aspects médicaux, médico-sociaux, sociaux et éducatifs du quotidien d'un enfant, mais également de celui de ses parents. Cela suppose la mise en synergie de compétences professionnelles diverses visant à la réalisation d'actions de prévention variées et bien articulées entre elles.

› Le rôle pivot de la protection maternelle et infantile

La loi conforte la compétence spécifique du service départemental de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) pour la prévention périnatale et pour le suivi des enfants de moins de 6 ans.

(4) On observe une acception de plus en plus large ou « globale » de la notion de santé. Ainsi, dès 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé définissait la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

Elle est reconnue comme un acteur majeur de la prévention à divers titres :

- pour sa compétence dans le suivi pré et post-natal ;
- pour sa connaissance du nourrisson et du jeune enfant, et son savoir-faire dans l'accompagnement proposé aux mères et pères concernant les aspects médicaux, médico-sociaux et de puériculture ;
- pour son rôle en matière de santé publique.

Son implantation sur l'ensemble du territoire national et son ancrage local font des professionnels de la PMI des acteurs de proximité majeurs.

Les relations avec d'autres professionnels de santé et les établissements hospitaliers ou spécialisés, leurs collaborations étroites avec les professionnels du travail social et de l'aide sociale à l'enfance placent ces services au cœur du dispositif de prévention.

Mais ce rôle central n'a de sens que s'il est véritablement bien articulé avec les autres acteurs de prévention. La loi précise que les actions médico-sociales préventives et le suivi sont assurés en relation avec le médecin traitant ou les services hospitaliers. Ainsi, généralistes, pédiatres, spécialistes, praticiens hospitaliers, sages-femmes et puéricultrices libérales ou hospitalières ou de PMI sont amenés à travailler dans la complémentarité, chacun devant exercer ses compétences dans le cadre d'une collaboration constructive et dans le respect de leur déontologie.

> Le rôle accru des services de santé scolaire

Du fait de leur proximité avec les élèves, les personnels des services de la mission de promotion de la santé en faveur des élèves sont des acteurs de prévention de premier plan à partir de la sixième année.

La loi du 5 mars 2007 implique leur participation pour assurer un bilan périodique et systématique tous les 3 ans, entre 6 et 15 ans.

Outre ces bilans, ils continuent d'assurer une veille au cours de toute la scolarité des enfants, avec le concours des services sociaux, et conformément à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

> Les professionnels du travail social et éducatif plus impliqués dans la prévention

Aux termes de la loi du 5 mars 2007, la protection de l'enfance a pour but « de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et d'accompagner les familles ».

Cela implique que les professionnels du travail social accompagnent les parents, les enfants et adolescents le plus en amont possible pour atteindre au mieux cet objectif de prévention.

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

› Les autres acteurs impliqués dans la prévention

Les services de l'État, les communes, les caisses d'allocations familiales, les associations, les professionnels du secteur libéral, et d'une manière générale tous les acteurs publics et privés qui interviennent à un titre ou à un autre auprès des enfants, sont concernés par la prévention des risques de danger auxquels pourrait être exposé l'enfant.

La pluralité des acteurs de prévention exige la cohérence et la lisibilité des différentes interventions. La prévention sera d'autant plus pertinente si la continuité de la prise en charge est assurée, et si les acteurs s'inscrivent dans un véritable partenariat, territorialisé ou en réseau.

Des principes de base pour agir dans un objectif commun : la protection de l'enfant

Que ce soit au titre d'un dépistage, d'un suivi, ou d'un accompagnement, il est essentiel que parents et enfant puissent identifier et saisir le rôle du professionnel qui intervient.

S'il importe que chacun des professionnels s'inscrive clairement dans son rôle, l'objectif commun de protection de l'enfant justifie cependant de partager, entre les acteurs de prévention, des principes généraux.

› Fonder l'action de prévention sur une relation de confiance entre les professionnels et les familles

Une relation respectueuse de la place des parents, de leurs droits, de leur mode de vie, de leur intimité contribue, dans le temps, à instaurer une relation de confiance avec les professionnels qu'ils soient médecin, sage-femme, puéricultrice, psychologue, ou travailleur social.

La relation de confiance, lorsqu'elle s'installe, facilite l'adhésion des parents pour élaborer avec eux un projet de suivi, d'aide ou d'accompagnement.

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

Lorsque la situation de l'enfant, ou de sa famille, nécessite d'être portée à la connaissance d'un autre professionnel dans le cadre de la mission de protection de l'enfance, les parents doivent en être préalablement informés, sauf si cela est contraire à l'intérêt de l'enfant. La transmission d'informations à des fins de protection de l'enfant doit s'effectuer en respectant le secret professionnel conformément à la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. **La loi autorise le partage d'informations entre professionnels dans des conditions strictement définies.** Elle introduit ainsi un article L.226-2-2 du code de l'action sociale et des familles :

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

Toutefois, le professionnel ne doit jamais perdre de vue l'objectif de protection de l'enfant. Ainsi, s'il appréhende une situation de danger ou de risque de danger pour l'enfant, il doit en informer la cellule départementale créée par la loi du 5 mars 2007.

« Art. L. 226-2-1. – Sans préjudice des dispositions du II de l'article L. 226-4, les personnes qui mettent en œuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ainsi que celles qui lui apportent leur concours transmettent sans délai au président du conseil général ou au responsable désigné par lui, conformément à l'article L. 226-3, toute information préoccupante sur un mineur en danger ou risquant de l'être, au sens de l'article 375 du code civil. Lorsque cette information est couverte par le secret professionnel, sa transmission est assurée dans le respect de l'article L. 226-2-2 du présent code. Cette transmission a pour but de permettre d'évaluer la situation du mineur et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur et sa famille peuvent bénéficier. Sauf intérêt contraire de l'enfant, le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur sont préalablement informés de cette transmission, selon des modalités adaptées. »

1. La prévention, un axe fort de la protection de l'enfance

› Considérer la situation de l'enfant dans toutes ses dimensions

Comme l'indique l'article L.112-4 du code de l'action sociale et des familles « 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. »

Cette approche globale permet de mieux identifier d'éventuelles difficultés de l'enfant, de ses parents, voire de sa famille, de mieux appréhender et tenir compte de la complexité des situations et d'apporter une réponse adaptée.

› Adapter la prévention à l'âge de l'enfant

Les besoins et les actions de prévention diffèrent selon l'âge. Le dépistage ou les actions d'accompagnement sont différentes pour le nouveau-né, le jeune enfant, et a fortiori pour l'adolescent.

Au fur et à mesure de sa maturité et de son autonomie, les actions de prévention sensibilisent davantage l'enfant et l'adolescent qui devient de plus en plus acteur de sa propre prévention. L'amener à mieux connaître et comprendre les enjeux, les contraintes, les limites, les interdits, le sensibiliser aux risques, l'informer de ses droits et favoriser les conditions de son expression sont les principes de base de toute action de prévention envers lui.

En ce qui concerne plus particulièrement les adolescents et les jeunes adultes, la vie sexuelle et affective ne peut être considérée uniquement sous l'angle des risques que constituent les infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées. Cette approche réductrice invalide le dialogue avec le jeune alors que l'apprentissage de la vie sexuelle est un temps important du développement de l'adolescent et de préparation à son rôle futur de parent.

› Amener les acteurs de prévention à travailler dans la complémentarité et tendre à une meilleure cohérence des dispositifs

Dans l'intérêt de l'enfant, et pour garantir une action pertinente et cohérente auprès de lui, de ses parents et de sa famille, les professionnels ont à travailler dans la complémentarité, à organiser un relais entre les différents intervenants et à articuler leurs actions, à partager leurs informations dans le respect du secret professionnel, à évaluer collégialement les situations avant, pendant et au terme de la mise en œuvre des actions de prévention.



2. La prévention périnatale

2. La prévention périnatale

La loi du 5 mars 2007 met l'accent sur une prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance.

Une grossesse vécue dans la difficulté, l'isolement, peut compliquer l'accueil de l'enfant et produire des troubles de la relation future parent-enfant.

Les premiers jours qui suivent la naissance, peuvent mettre en difficulté la mère, le père, même si la grossesse s'est bien déroulée, risquant de compliquer la relation avec le nouveau-né.

Ces nouvelles dispositions s'ajoutent aux prestations déjà existantes assurées par le service de protection maternelle et infantile : consultations prénatales et postnatales, actions de prévention médico-sociale.

Elles s'ajoutent également à tous les suivis et accompagnements pré et post-natals assurés par d'autres acteurs de la prévention, tels par exemple les sages-femmes ou les pédiatres du secteur libéral ou hospitalier, ou par les services de maternité.

Elles confortent les dispositifs de soutien à la parentalité existants, proposés avant même l'arrivée de l'enfant et à partir des premiers jours de la vie de l'enfant, sous des formes d'interventions variées et adaptées : actions collectives, groupes de paroles, activités individuelles ou collectives, intervention à domicile, etc.

La grossesse

Aujourd'hui, la grossesse est bien suivie sur le plan médical dès lors que les femmes enceintes s'y soumettent. Sept examens médicaux sont ainsi assurés.

Il importe, à présent, de développer davantage la prévention sur un plan autre que le suivi médical pour prendre en compte le contexte social, économique et appréhender le vécu psychologique des futurs parents.

La perspective d'une naissance, de devenir parents, peut susciter une certaine appréhension, de l'inquiétude, et parfois même de la détresse qui ne trouvent pas réponse dans l'environnement habituel des futurs parents.

Avoir accès aux informations utiles, au bon moment, suffit bien souvent à répondre à la plupart des interrogations qu'ils se posent.

Dans certaines situations toutefois, les difficultés des futurs mères et pères peuvent nécessiter un accompagnement pendant la grossesse. Pour les rencontrer, pour entendre, comprendre et identifier ces difficultés avec eux, et si nécessaire proposer un accompagnement adapté, la loi prévoit un entretien au cours du 4^e mois de grossesse.

2. La prévention périnatale

› La loi du 5 mars 2007 instaure un entretien systématique au cours du 4^e mois de grossesse pour toutes les femmes enceintes

Outre les examens médicaux, la prévention prénatale comporte désormais un entretien prénatal précoce pour toutes les femmes enceintes. Il doit être dissocié de la consultation de suivi de grossesse prévu dans le cadre des examens prénataux obligatoires prévus dans le code de la santé publique (R.2122-1).

■ Cet entretien prénatal⁽⁵⁾ précoce peut être assuré par une sage-femme ou par un médecin du secteur hospitalier, libéral, ou de PMI, formé spécifiquement à cet entretien, appartenant si possible à un réseau périnatal de proximité.

La circulaire du 4 juillet 2005 sur les collaborations médico-psychologiques ainsi que le guide de recommandations de la Haute Autorité de Santé sur la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) préconisent que cet entretien prénatal précoce soit proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte.

■ Il importe que l'information relative à cet entretien soit relayée par les professionnels de santé qui réalisent le suivi de la grossesse, par les réseaux de santé en périnatalité, les réseaux sociaux de proximité, le service de PMI, les organismes de sécurité sociale et par tout moyen d'information susceptible de renseigner les femmes enceintes et leur conjoint.

■ Un référentiel de formation a déjà été réalisé dans le cadre du plan périnatalité en vue de permettre aux professionnels de le réaliser dans des conditions optimales⁽⁶⁾.

■ Cet entretien vise quatre objectifs majeurs⁽⁷⁾ :

- donner la parole aux femmes enceintes pour favoriser leur rôle actif dans le déroulement de la naissance et l'accueil du bébé, ce qui constitue la meilleure prévention de la dépression du post-partum ;
- permettre un meilleur ajustement des interventions médicales et éventuellement sociales et psychologiques, afin de diminuer la part iatrogène de pratiques morcelées et décalées par rapport aux besoins ressentis par les futurs parents ;
- améliorer le déroulement obstétrical par la prise en compte précoce des facteurs de stress et leur traitement ;
- organiser un réseau de soin personnalisé autour de la femme enceinte lorsqu'il est nécessaire, ceci dans une continuité suffisante.

(5) Cf. annexes 1 - 2.

(6) Cf. annexe 3.

(7) Objectifs rappelés par la Société Française de Médecine Périnatale.

2. La prévention périnatale

■ Dans la pratique, cet entretien doit permettre de laisser s'exprimer d'éventuelles questions d'ordre psychologique ou social, voire médical qui peuvent compliquer l'accueil de l'enfant à naître et la qualité des liens futurs, parmi lesquels :

- l'isolement ;
- les difficultés d'insertion professionnelle, de logement, la précarité, l'endettement ;
- les difficultés d'intégration ;
- l'anxiété du fait de la grossesse, les perceptions différentes de l'accouchement selon les cultures d'origine, l'éventuel non désir d'enfant ;
- l'immaturation affective ;
- le deuil ;
- la dépression ;
- les difficultés conjugales, l'environnement violent ;
- l'addiction ;
- le handicap ;
- d'éventuelles pathologies ;
- etc.

■ Ce temps d'échange doit s'effectuer dans la confiance et l'adhésion de la future mère et du futur père. La présence du futur père est souhaitable, sauf si elle risque de perturber le déroulement de l'entretien.

■ Les recommandations⁽⁸⁾ de la Haute Autorité de Santé peuvent guider utilement la conduite de cet entretien ; il convient de respecter notamment :

- la qualité de l'accueil lors du premier contact qui conditionne la suite ;
- la bienveillance, la confidentialité et l'intimité afin que le ressenti et le vécu des parents puissent s'exprimer dans un climat de confiance ;
- les modalités de transmission d'informations (respect de la confidentialité, du secret professionnel et de la vie privée).

■ Prévu au 4^e mois de grossesse, l'entretien prénatal peut, dans certains cas, être assuré ultérieurement si, pour diverses raisons, il n'a pu être effectué à ce stade de la grossesse.

■ La durée⁽⁹⁾ de l'entretien doit être suffisante pour engager un véritable échange.

(8) Le guide de recommandations est accessible sur le site de la Haute Autorité de Santé : <http://www.has-sante.fr/>

(9) La HAS recommande une durée de l'ordre de 45 minutes.

2. La prévention périnatale

- Si besoin, cet entretien doit pouvoir être renouvelé de façon périodique, en particulier dans les situations difficiles.
- L'entretien doit être réalisé en se référant aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)⁽¹⁰⁾.

➤ La loi du 5 mars 2007 prévoit des actions d'accompagnement en cas de difficulté lors de la grossesse

La loi du 5 mars 2007 prévoit des « actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse ».

- La loi prévoit que **des actions d'accompagnement peuvent être assurées à domicile** par le service de PMI suite à l'entretien du 4^e mois de grossesse.

Elles peuvent être assurées :

- par une sage-femme (en lien avec le professionnel qui suit la grossesse) ; il s'agit de renforcer la surveillance médicale et d'assurer un suivi social pendant la grossesse ;
- par une puéricultrice pour préparer bien en amont la venue de l'enfant à naître lorsque la femme enceinte fait part de ses difficultés, et notamment de ses doutes sur ses capacités à s'occuper de son futur bébé ;
- par un psychologue.

- **Des actions de prévention médico-sociale** en faveur des femmes enceintes, prévues antérieurement à la loi du 5 mars 2007, peuvent être également assurées par le service de PMI, en relation avec le médecin traitant ou les services hospitaliers. Elles trouvent toute leur raison d'être, a fortiori, dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance.

Ces actions d'accompagnement peuvent, par ailleurs, être mises en place, comme c'est déjà le cas, à la suite d'informations issues des déclarations de grossesse, des signalements médico-sociaux, à la demande du professionnel qui suit la grossesse, ou des futurs pères et mères eux mêmes.

S'y ajoutent les « mesures de prévention médicales, psychologiques et sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents » et « des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes particulièrement les plus démunies », associant l'État, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale.

(10) Cf. le tableau à l'annexe 2 qui reprend des recommandations de la HAS. À titre indicatif, il indique les grandes thématiques qui peuvent être abordées à l'occasion de cet entretien.

2. La prévention périnatale

L'**accompagnement psychologique** a toute son importance. Qu'il soit assuré par le service de PMI ou par les services de maternité et de gynécologie, il vise à préparer la mise en place de la relation parent-enfant, diagnostiquer les cas nécessitant une réorientation précoce du suivi psychologique et/ou psychiatrique du futur parent, suivre et appréhender la souffrance psychologique, proposer un accompagnement éventuel, prévenir la survenue de maltraitances, etc.

■ **La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)⁽¹¹⁾** permet d'accompagner les futurs parents tout au long de la grossesse. Elle est proposée notamment pour :

- favoriser la participation active de la future mère et du futur père dans leur projet de naissance ;
- améliorer les connaissances et les compétences pratiques ;
- stimuler la confiance des femmes enceintes dans leur capacité à devenir mère et à accoucher, à prendre soin d'elles-mêmes et de leur bébé.

La préparation à la naissance dépasse largement la transmission d'informations sur le déroulement de la grossesse, la préparation de l'accouchement, la maîtrise de la douleur et l'accompagnement des soins du nouveau-né. Différents autres points sont abordés :

- l'alimentation ;
- les soins ;
- la sécurité ;
- les comportements habituels de l'enfant : sommeil, pleurs, prévention de la maltraitance ;
- le développement psychomoteur et l'éveil sensoriel ;
- la maladie et la conduite à tenir ;
- le suivi et le carnet de santé.

Il est souhaitable qu'une articulation soit faite entre le professionnel qui a effectué l'entretien prénatal précoce du 4^e mois de grossesse et celui qui assure les séances de préparation à la naissance. Cela contribue à la cohérence du dispositif préventif et garantit que les difficultés (médicales, psychologiques, sociales), éventuellement décelées lors de l'entretien, sont bien prises en compte.

La sage-femme et l'obstétricien ont une place prépondérante dans la préparation à l'accouchement. Il arrive que le pédiatre participe à cette préparation, travaille auprès des parents à l'accueil du bébé⁽¹²⁾ et contribue à repérer des situations à risque.

(11) Cf. annexe 4

(12) Le pédiatre peut aborder les conditions nécessaires à la réussite de l'allaitement maternel (recherche de possibles risques allergiques pour prévoir un lait adapté en l'absence d'allaitement maternel, prendre en compte les thérapeutiques reçues par la mère ou les addictions éventuelles nécessitant une surveillance particulière de l'enfant) et aussi proposer les conseils de puériculture.

2. La prévention périnatale

■ Le suivi peut être également assuré avec le concours d'une équipe pluridisciplinaire s'inspirant des **staffs de parentalité**⁽¹³⁾. Ils s'adressent aux futures mères particulièrement fragilisées psychologiquement. Ils réunissent obstétriciens, pédiatres et les équipes hospitalières respectives, service de pédopsychiatrie, médecins de PMI, service social polyvalent, service de l'aide sociale à l'enfance.

Ils ont pour mission d'évaluer, dès le stade anténatal, les situations présentant des facteurs de risque, et de proposer après concertation, une orientation et un soutien adapté. Cela suppose toujours l'adhésion du ou des parents à ce type d'aide qui met en partage des informations confidentielles au titre de la prévention.

■ **Une prise en charge dans un centre maternel** peut être envisagée. Il en existe dans chaque département pour héberger des femmes enceintes d'au moins 7 mois qui sont isolées, ou particulièrement exposées à un contexte difficile de grande précarité ou de violences. Elles peuvent être accompagnées d'enfants de moins de 3 ans, Si l'enfant a plus de trois ans, elles sont orientées vers un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale, ou un logement social.

La loi du 5 mars 2007 dispose que « les établissements ou services qui accueillent ces femmes organisent des dispositifs visant à préserver ou à restaurer des relations avec le père de l'enfant, lorsque celles-ci sont conformes à l'intérêt de celui-ci ».

■ Le suivi peut être assuré par des **services spécialisés**⁽¹⁴⁾ dans l'accueil des femmes enceintes qui connaissent des difficultés particulièrement aiguës : pathologies lourdes, conduites à risques, problèmes sociaux importants.

■ Trouver des points de contact avec les femmes enceintes dont la grossesse n'est pas ou peu suivie

Certaines grossesses présentent des risques importants pour l'enfant à naître⁽¹⁵⁾ (grossesses non déclarées ou déclarées tardivement, grossesses peu suivies, femmes enceintes dépourvues de droits).

Différents dispositifs permettent éventuellement d'entrer en contact avec de futures mères qui sont isolées ou en situation de détresse et d'assurer leur prise en charge :

- **les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**⁽¹⁶⁾ mis en place par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, contiennent des mesures d'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité ;

(13) MT HERMANGE – Périnatalité et parentalité – 2006 - « chaque département 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. »

(14) Certains sont rattachés à un service hospitalier de soins en périnatalité (ex : l'hôpital du Vésinet).

(15) « On constate que les déclarations tardives, au-delà de la limite fixée par la réglementation, ont légèrement augmenté, passant de 4,4 % à 4,9 %. » Rapport rédigé par Béatrice BLONDEL, Karine SUPERNANT, Christiane du MAZAUBRUN, Gérard BREART Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM - U. 149 - Février 2005

(16) Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) ont constitué un outil de concertation et de coordination afin de permettre que les populations les plus démunies puissent bénéficier des prestations répondant au droit commun, de rechercher des solutions innovantes faisant intervenir les professionnels du sanitaire et du social. Le plan régional de santé publique, issu de la loi de santé publique du 9 août 2004 comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région, et notamment un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis. Ce dernier s'inscrit dans la continuité. L'évolution des PRAPS doit permettre de développer des actions en faveur des populations en situation de précarité dans tous les programmes régionaux de santé publique et des actions spécifiques pour les personnes les plus marginalisées pour lesquelles les dispositifs de droit commun sont inaccessibles.

2. La prévention périnatale

- **les permanences d'aide d'accès aux soins de santé (PASS)** ont été mises en place dans les établissements hospitaliers avec la mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité, mais aussi de mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professionnels chargés de l'insertion. Il s'agit d'offrir aussi aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins.

Mais certaines femmes enceintes ne viendront jamais dans ces lieux qui restent surtout sanitaires. C'est pourquoi, d'autres points de contacts doivent être trouvés avec :

- les associations telles celles de femmes-relais qui, par des activités de médiation sociale et culturelle, rapprochent les familles et les institutions (services sociaux, services de santé, justice) ;
- les services sociaux ;
- le service de PMI qui doit être en mesure d'assurer un suivi en liaison avec les professionnels du soin ;
- des lieux d'accueil ponctuel ou accueil de jour où les femmes enceintes peuvent trouver de l'aide, de l'écoute, un soutien ;
- des lieux de vie pour un accueil temporaire à l'intention des femmes enceintes en situation d'exclusion sociale, qui peuvent être accompagnées de nouveaux nés.

L'accompagnement personnalisé, la mise en place de dispositifs précoces, la variété des intervenants, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, justifient un travail en réseau. Le développement des **réseaux périnataux de proximité** devrait permettre de faciliter une prise en charge coordonnée. Ces réseaux s'avèrent, en effet, indispensables en raison de la complexité de certaines situations et de l'intrication avec le suivi de la grossesse.

Ainsi, diverses actions préventives peuvent être proposées pendant la grossesse, à domicile et hors du domicile. Dans tous les cas, il importe, avant toute mise en œuvre, de rencontrer les femmes enceintes, et le futur père, d'évaluer préalablement la situation et l'importance des difficultés pour répondre au mieux à leur besoin. Il s'agit ensuite de s'assurer que les actions d'accompagnement sont bien effectuées. Le service de PMI semble le plus à même d'y veiller.

Toutes ces actions sont à visée préventive. Elles sont plus ou moins intensives, combinent selon les difficultés un accompagnement social, médico-social, psychologique, thérapeutique. Elles peuvent être assurées à titre individuel ou collectif, et prendre diverses formes : interventions à domicile, actions spécifiques lors de la préparation à la naissance et à la parentalité, accompagnement par une équipe pluridisciplinaire dans un établissement ou un service spécialisé.

La naissance

Le moment qui précède et suit la naissance est déterminant pour l'installation du lien mère-père-enfant⁽¹⁷⁾. C'est pourquoi, il demande toute l'attention des professionnels.

Ce moment clé se concentre sur un temps très court et très intense où s'entremêlent les aspects médicaux, les aspects pratiques touchant à la puériculture, et parfois les aspects psychologiques. Cela justifie un accompagnement pluridisciplinaire en cas de difficulté.

› La loi du 5 mars 2007 prévoit l'intervention du service de protection maternelle et infantile à la maternité en collaboration avec les services hospitaliers

L'accompagnement médical, intensif durant la grossesse, disparaît pour ainsi dire totalement en post-partum, hormis la rééducation périnéale. Le moment de la naissance concentre l'attention des professionnels de la maternité et de ceux qui ont suivi la grossesse.

Tout en assurant la surveillance médicale, il s'agit d'accueillir le bébé, d'être attentif à la relation qui s'installe dans les tout premiers instants de la naissance, de répondre aux diverses questions des parents, de les rassurer, d'accorder une présence particulière en cas de difficulté, de préparer le retour au domicile lorsque cela s'avère nécessaire. C'est toute une équipe pluridisciplinaire qui se mobilise auprès des parents et de l'enfant, au centre de laquelle se situe notamment le pédiatre pour l'enfant, l'obstétricien et la sage-femme pour la mère⁽¹⁸⁾.

Le pédiatre assure deux consultations obligatoires du nouveau-né (à la naissance et à la sortie de maternité ou le huitième jour) qui sont l'occasion de rencontre avec la mère ou les deux parents et qui permet de faire passer les messages essentiels, de répondre aux questions qu'ils se posent. En cas de repérage d'insuffisance de compétence maternelle ou de difficultés particulières, le pédiatre, et/ou la sage femme, peut mettre en place une HAD (hospitalisation à domicile) ou se mettre en relation avec le service de PMI, notamment à l'occasion de la visite à la maternité.

Le concours d'un psychologue de la maternité peut être essentiel dans le repérage et la prise en charge très précoce des situations dont les difficultés risquent de compromettre la qualité du lien parent-enfant.

› Le relais avec les professionnels du service de PMI

Il s'agit de préparer, si nécessaire, le retour des parents à leur domicile. À cet égard, il importe qu'une articulation soit faite entre les professionnels de la maternité et ceux de la PMI. La loi du 5 mars 2007 prévoit **une mise en contact à la maternité des professionnels de la PMI avec les parents.**

(17) Se reporter aux travaux de Michel SOULE.

(18) Cf. annexe 5 sur le soutien aux parents durant le séjour à la maternité.

2. La prévention périnatale

Il convient pour ces professionnels :

- de se présenter aux parents, d'expliquer leurs missions, le rôle et l'organisation du service de PMI ;
- de proposer leurs services, en cas de besoin, au retour de la maternité ;
- d'annoncer la visite à domicile de la puéricultrice si elle est déjà prévue, notamment parce qu'un accompagnement a été mis en place pendant la grossesse ou si des difficultés apparaissent lors du séjour à la maternité.

Le retour de la maternité

Le temps qui suit le retour de la maternité nécessite l'attention soutenue des parents sur la santé du nourrisson, son développement, et son bien-être.

Ce peut être un moment de fragilité et de questionnement. Le séjour à la maternité ne permet pas un temps suffisant pour répondre à l'ensemble des questions qui surviennent dans les premiers jours.

Les parents peuvent faire appel au service de PMI qui joue un rôle pivot dans le suivi du nourrisson et en matière de prévention. Ils peuvent aussi faire appel au pédiatre de la maternité ou au pédiatre de ville⁽¹⁹⁾, à une sage-femme, au médecin de ville, aux permanences de soins.

Il est à noter que les hôpitaux (maternité, néonatalogie), les pédiatres, les médecins traitant, les sages-femmes libérales, le service de PMI, les services sociaux, les associations se mobilisent de plus en plus pour accompagner les jeunes parents qui en ont besoin. Ces initiatives s'inscrivent tout à fait dans l'objectif de prévention de la réforme de la protection de l'enfance.

› Les professionnels de la Protection Maternelle et Infantile peuvent intervenir dès le retour de l'enfant à domicile

La loi du 5 mars 2007 dispose que « des actions médico-sociales et de suivi peuvent être assurées par le service de PMI à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations ».

La visite à domicile doit intervenir dans les jours qui suivent le retour de la maternité, au moment où les parents en ont le plus besoin, et dans un but de prévention précoce.

(19) Les pédiatres de l'association française de la pédiatrie ambulatoire ont souligné la nécessité d'une consultation à 15 jours de vie. Ce serait l'occasion d'examiner le bébé, de surveiller la prise de poids, de vérifier l'absence d'infection tardive ou d'ictère, de répondre aux multiples questions des parents, d'éviter l'arrêt de l'allaitement maternel trop souvent constaté à ce moment là, suite à des conseils erronés ou inadaptés.

2. La prévention périnatale

Assurée en principe par une puéricultrice de PMI⁽²⁰⁾, la visite a pour objet de conseiller, orienter les parents en fonction de leurs besoins – soins de puériculture, allaitement, sécurité domestique – et de prévenir des dysfonctionnements de la relation parent-enfant.

La visite du service de PMI peut s'articuler avec d'autres interventions à domicile, et notamment celles :

- d'un professionnel de la maternité (sage-femme ou psychologue) ;
- d'un assistant social, dans le cadre d'une mesure d'accompagnement social par exemple ;
- d'une auxiliaire de vie sociale ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale.

› Le service de Protection Maternelle et Infantile assure des actions médico-éducatives et de suivi en lien avec les acteurs de santé

La loi du 5 mars 2007 prévoit que le service de PMI assure « des actions médico-sociales et un suivi en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers ».

L'articulation entre la médecine pédiatrique, la médecine de ville, l'hôpital, le service de PMI est un des facteurs favorables au suivi pertinent du nouveau-né et à une prévention précoce et cohérente. Le travail en réseau favorise la complémentarité entre tous les professionnels auprès du nouveau-né.

Le service de PMI peut assurer, tout comme le pédiatre de la maternité, ou le pédiatre de ville, ou le médecin de famille, la visite obligatoire du 8^e jour en cas de sortie précoce de la maternité.

Elle veille, à l'occasion des consultations dans les centres médico-sociaux, à l'état général du nourrisson, à son développement, à son épanouissement, et conseille les parents en matière de puériculture.

Elle assure le suivi du nourrisson en lien avec le médecin traitant ou le pédiatre⁽²¹⁾ qui suit habituellement l'enfant.

(20) Dans l'hypothèse où les visites à domicile ne sont pas assurées systématiquement, l'attention du service de PMI doit se porter particulièrement sur les primipares, les situations de vulnérabilité médico-psycho-sociale, les prématurés, naissances multiples, handicap ou problème de santé du nourrisson, les parents handicapés qui ont besoin de soutien, les mères qui ont fait l'objet d'un suivi particulier à la suite, notamment, de l'entretien prénatal du 4^e mois de grossesse, ou qui ont suscité l'inquiétude de l'équipe de la maternité. Le service de PMI peut se mettre en relation avec la Maison Départementale des Personnes Handicapées pour faire connaître d'éventuelles difficultés pour la jeune mère à assurer tous les soins à son bébé et envisager un soutien.

(21) L'association française de la pédiatrie ambulatoire souligne le rôle du pédiatre de ville tant sur le plan curatif que préventif. Il intervient dans la prise en charge du nourrisson, et plus encore en cas de prématurité ou de pathologie chronique ou malformative. Il est à même de suivre au mieux l'enfant dès sa naissance et pendant toute sa croissance. Il fait partie des réseaux de périnatalité et travaille en complémentarité avec les services hospitaliers, le médecin de famille et le service de PMI. Il consacre un temps de dialogue avec les parents, à l'éducation à la parentalité, à la présentation des conseils de nutrition, de puériculture, et de prévention.

2. La prévention périnatale

› Des actions médico-sociales auprès des parents pour mieux prendre soin du nouveau-né

Les enjeux sont importants pour la santé de l'enfant et la prévention d'éventuels dysfonctionnements ultérieurs, tant physiques que psycho-affectifs. Le service de PMI, en lien avec les autres acteurs de santé, et notamment les pédiatres, est l'acteur majeur de cet accompagnement⁽²²⁾.

L'accompagnement des parents peut prendre, par ailleurs, diverses formes, moins personnalisées, plus collectives, plus informelles dans des lieux libres d'accès qui sont consacrés à cette mission⁽²³⁾.

En outre, les parents doivent être sensibilisés à certains risques auxquels peut être exposé le nourrisson dont les accidents domestiques⁽²⁴⁾. Une information aux gestes ou manipulations inadaptés doit être assurée, et particulièrement sur le cas le plus extrême, celui du bébé secoué. Pour diffuser ces informations, tous les moyens doivent être utilisés pour atteindre les parents : le carnet de santé, les maternités, les structures médicales (consultations, cabinets de pédiatrie...), les pharmacies, les crèches, les centres médico-sociaux, les mairies, l'école...

› Des actions médico-sociales spécifiques pour aider les jeunes mères en grande difficulté

Les difficultés psychologiques liées à la naissance, et notamment la dépression sévère du post-partum, doivent être abordées le plus précocement possible, de manière spécifique, en dehors du suivi médical. Un accompagnement adapté, dès les premiers jours qui suivent le retour de la maternité, doit pouvoir être proposé à la mère qui en souffre, d'autant plus si elle est isolée.

Les Programmes Régionaux de Santé « santé des enfants et des jeunes » préconisent des actions très précoces de prévention en ante et post-natal avec pour objectif un soutien parental et un accompagnement médical et psychologique de la grossesse à l'âge de 1 an.

Il s'agit de favoriser la qualité des liens d'attachement parent-enfant, soutenir les parents isolés ou en difficulté, repérer les dépressions du post-partum, améliorer la capacité des professionnels à repérer les troubles de l'attachement, réduire les séparations parent-enfant évitables, améliorer la capacité des professionnels à reconnaître, valoriser et soutenir les compétences parentales, favoriser la continuité de la prise en charge (anténatale, natale et postnatale).

(22) Cf. annexe 7.

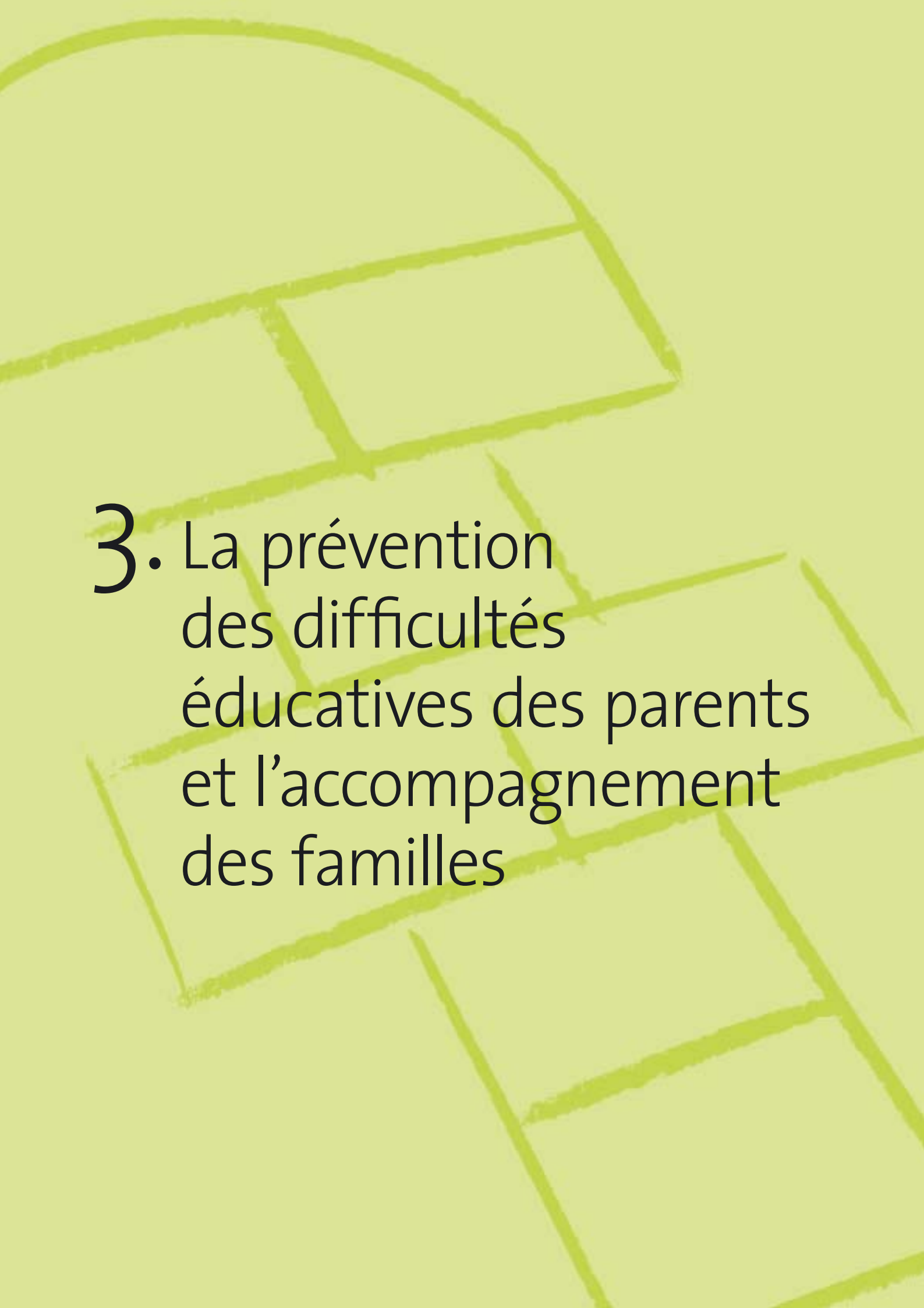
(23) Par exemple, les maisons de bébés et de parents sont « conçues sur le principe des maisons vertes de Françoise DOLTO, comme des lieux d'accueil, hors de toute prescription médicale, elles s'apparentent à des lieux d'accompagnement ouverts à tous, avant, pendant et après l'accouchement où les parents 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'un psychologue, ces maisons ont également pour vocation d'être un espace de parole, d'échange et d'information pour les jeunes parents.

(24) Cf. les programme de l'Institut National de Prévention et d'Éducation de la Santé - INPES « accidents domestiques : protégeons les enfants de 0 à 6 ans ».

2. La prévention périnatale

Divers dispositifs peuvent répondre à ces problématiques, parmi lesquels :

- **les services de maternité** qui peuvent participer à un travail de prévention en confortant les relations mère-père-bébé ;
- **les centres périnataux de proximité**, préconisés dans le Plan périnatalité 2005-2007, sont situés en dehors des maternités ; leur offre de soins et leur participation au réseau de périnatalité permettent un accueil et une orientation des mères, et notamment de celles qui seraient en difficulté ;
- **les lieux de soins** tels le centre d'accueil thérapeutique spécialisé, ou l'unité d'hospitalisation conjointe mère-bébé qui permettent de soigner la jeune mère tout en préservant leur relation ;
- **les lieux d'hébergement temporaire** mère-enfant, tels les lieux de vie pour les femmes accompagnées ou non de nouveaux-nés qui se retrouvent en situation d'exclusion sociale ; un projet éducatif permet, selon les cas, de prévenir la séparation ou la rupture du lien mère-enfant, de préserver ou reconstruire ce lien, de contribuer à l'insertion sociale et professionnelle des femmes accueillies.



3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

La loi du 5 mars 2007 dispose que « la protection de l'enfance a pour but de prévenir les difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives, d'accompagner les familles ».

Les difficultés éducatives peuvent apparaître dans l'exercice du rôle parental, au fur et à mesure que l'enfant grandit avec des questionnements et des problèmes propres à chaque âge de l'enfant.

Au regard des difficultés qu'ils rencontrent, les parents doivent pouvoir accéder à des informations⁽²⁵⁾ et bénéficier d'un soutien pour assurer leur rôle et leurs responsabilités parentales. D'une manière générale, les actions d'accompagnement proposées sont communément désignées sous le terme de « soutien à la parentalité ».

Accompagner les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales

Les actions proposées aux parents en soutien à l'éducation de leur enfant doivent s'inscrire dans une palette d'actions diversifiées et graduées, compte tenu de son l'âge, pour répondre au mieux à leurs attentes. Elles peuvent prendre diverses formes : information, conseil, orientation, accompagnement soutenu, action individuelle, action collective.

L'objectif est de permettre à tout parent d'être soutenu dans l'éducation de son enfant. Pour favoriser l'accès à des lieux d'accueil de parents, il convient d'aller à la rencontre des parents, de leur proposer des actions dans des lieux de proximité.

■ Ces actions qui ont pour but de soutenir la parentalité sont menées par les travailleurs sociaux et médico-sociaux des départements, des communes ou des associations.

Pour les aider, un **accompagnement individualisé** peut leur être proposé, le plus souvent assuré par les professionnels des centres médico-sociaux, ou à domicile par les services d'aide à domicile. Le parrainage de proximité⁽²⁶⁾ s'inscrit également dans une action individualisée menée par des bénévoles qui concilient le soutien à la parentalité et l'accompagnement de l'enfant.

Par ailleurs, les **actions collectives** se développent. Elles se sont largement multipliées par le biais des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP)⁽²⁷⁾. Ces actions s'organisent dans des lieux diversifiés où se retrouvent habituellement parents et enfants : lieux d'accueil de jeunes enfants, centres culturels, centres sociaux, ludothèques, espaces itinérants, écoles, etc.

(25) Les familles peuvent s'adresser aux Points Info Familles. Les PIF sont un lieu d'accueil, d'information et d'orientation, destiné aux familles. Elles peuvent y trouver toutes les informations, nationales et locales, pour des démarches administratives ou associatives. De la naissance au 4^e âge – enfants, adolescents, adultes, seniors – les accueillants des PIF donnent des informations et orientent vers le bon interlocuteur. Les Points Info Famille travaillent en partenariat avec les organismes et associations proposant des services aux familles. <http://point-infofamille.fr>

(26) Cf. annexe 8.

(27) Cf annexe 9.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

■ Le terme de parentalité désigne de façon très large la fonction d'être parent. Il comprend aussi bien les réalités affectives ou émotionnelles, que les actes concrets de la vie quotidienne.

Exercer sa parentalité, consiste notamment à définir et poser un cadre structurant à son enfant. C'est aussi être en capacité d'écoute et de dialogue en se positionnant comme adulte responsable et bienveillant.

Certains parents, débordés par des difficultés sociales ou personnelles, ont du mal à assurer ce rôle. Le soutien à la parentalité vise alors à conforter – à travers le dialogue et l'échange – leurs compétences, et à les mettre en valeur.

■ Les actions de soutien à la parentalité ont notamment pour objectifs :

- d'informer les parents ;
- de leur redonner confiance et de les aider à assurer leur rôle parental ou à le développer ;
- de permettre aux parents de partager leurs expériences et de s'entraider ;
- de prévenir la dégradation des situations familiales, apporter appui aux familles fragilisées, d'aider à la résolution des situations de crise.

Il ne s'agit en aucun cas de se substituer aux parents, mais de les accompagner, en prenant en compte les aspects environnementaux, sociaux, économiques et familiaux.

Les préoccupations et les difficultés éducatives des parents diffèrent en fonction de chaque enfant : selon son âge essentiellement mais aussi, selon sa personnalité, son histoire, ses relations avec ses père et mère. Les actions d'accompagnement doivent être adaptées en conséquence.

> Accompagner les parents d'un nourrisson

Si l'accompagnement individualisé est le plus répandu, l'accompagnement sous forme d'actions collectives tend à se développer pour ces parents. Elles sont organisées par le service de PMI en collaboration avec d'autres professionnels des centres médico-sociaux et éventuellement d'autres partenaires, tels les associations, la caisse d'allocations familiales, les centres communaux d'action sociale.

Les actions collectives proposent aux parents des sujets spécifiques sur les thématiques du nourrisson. Elles prennent aussi la forme **de groupes de parole** animés par des professionnels de la naissance ou de la petite enfance, assurés dans des lieux divers : maternités, services de néonatalogie, services de PMI. Elles constituent des outils ou des relais spécifiques pour venir en aide aux parents et à leur enfant confrontés à des situations difficiles.

Par ailleurs, **des lieux d'accueil pour les parents** offrent le plus souvent un accès libre. Les parents y évoluent librement, rencontrent d'autres parents, des professionnels qui leur proposent une écoute.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

➤ Accompagner les parents d'un petit enfant⁽²⁸⁾

Ces parents découvrent l'éveil de leur enfant, l'échange, les plaisirs partagés à travers le jeu, les histoires, etc. Ce temps est déterminant pour le développement de l'enfant. Les questions qu'ils se posent évoluent au fur et à mesure que leur enfant grandit.

Les lieux parents-enfants offrent diverses prestations, notamment les actions de soutien proposées par les réseaux d'écoute, d'appui et d'aide à la parentalité.

En outre, des groupes d'éveil sont proposés, des animations en salle d'attente assurées lors de consultations de PMI. Il s'agit de réunir parents et enfants, notamment à travers le jeu. Il est important que les pères participent aux diverses animations collectives visant à renforcer le lien mère-père-enfant.

➤ Accompagner les parents dans le temps de l'enfance⁽²⁹⁾

Ce temps correspond à celui des apprentissages de l'enfant à l'école qui prennent, au fur et à mesure que l'enfant grandit, une place de plus en plus importante. Les relations parent-enfant évoluent, le rapport d'autorité est plus prononcé alors que l'enfant s'affirme et devient plus autonome.

Les difficultés éducatives que connaissent parfois les parents les amènent à rechercher un soutien qu'ils trouvent dans des actions collectives, dans des structures d'accueil comme les lieux d'accueil enfants parents⁽³⁰⁾, ou à l'école même⁽³¹⁾. Le soutien à domicile, pour les plus petits comme pour les plus grands, s'avère être une réponse adaptée lorsque les parents se sentent dépassés dans leur rôle éducatif au quotidien.

➤ Accompagner les parents d'un adolescent

Certains parents se trouvent démunis face aux attitudes de leur adolescent. Ils sont, pour la plupart, en recherche d'informations, de conseils, d'orientation, et désireux de mieux comprendre le sens de ces difficultés et d'être épaulés.

Les actions d'accompagnement, individuelles ou collectives, visent le plus souvent à les aider à maintenir, reconsidérer, voire à reprendre leur place de parents, à assurer leur rôle structurant auprès de leur enfant. Certaines actions peuvent avoir pour objet de leur rappeler leurs droits, leurs devoirs et leurs responsabilités⁽³²⁾.

(28) Il est proposé de situer l'âge du petit enfant entre quelques mois et jusqu'à environ 3 ans.

(29) Entre 3 ans révolus et 11 ans environ.

(30) Cf. annexe 11.

(31) Des groupes de parole au sein de l'école sont organisés. Des équipes d'école développent des actions d'accueil des parents qui favorisent le dialogue et ont pour objectif de donner une meilleure lisibilité de l'école aux parents qui en sont le plus éloignés. Des groupes de parole animés au sein de l'école par des professionnels.

(32) Tel est l'objet du conseil des droits et des devoirs des familles créé par la loi relative à la prévention de la délinquance.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

Le parcours scolaire des adolescents tient une place importante dans les préoccupations des parents. Même si les actions d'accompagnement s'adressent plus directement aux adolescents, qu'elles soient assurées au sein des établissements scolaires ou en dehors (cf. chapitre 4), les parents sont souvent en recherche de soutien dans leur relation avec les personnels des établissements scolaires.

Le décret du 28 juillet 2006 précise les dispositions qui doivent être prises pour faciliter les relations entre les parents et l'école.

De bonnes relations et une coopération active entre les familles et l'école ne peuvent que favoriser la réussite des enfants. Des temps dans l'année scolaire sont aménagés à cette fin pour permettre aux parents de rencontrer les enseignants. Les parents d'élèves ont aussi la possibilité de rencontrer les personnels d'éducation et les personnels de direction pour évoquer toute question relative à la scolarité de leur enfant. Le directeur d'école, le chef d'établissement et les enseignants veillent à ce qu'une réponse soit donnée aux demandes d'information et d'entrevues présentées par les parents.

Des actions de médiation et de rencontre⁽³³⁾ se développent le plus souvent à la demande des établissements scolaires. Il s'agit de rassurer des familles éventuellement angoissées par la scolarité de leur enfant. Ce type d'intervention correspond à un mouvement général d'ouverture de l'école sur les problématiques familiales des élèves et sur leurs familles. L'échec et le décrochage scolaires sont sources de conduites à risques. Ainsi, aider l'enfant à réussir à l'école participe de sa protection.

Accompagner les familles dans les situations de crise ou de conflit

› Accompagner parents et enfants en relation conflictuelle

Lorsque les relations familiales se détériorent, il est parfois opportun afin d'éviter la rupture des liens entre parents et enfant, de proposer une aide aux parents, mais aussi à l'adolescent, avec pour finalité de renouer des relations plus apaisées.

Dans bien des cas, l'amélioration de la situation passe par le rétablissement du rôle des parents en les confortant, en les rassurant, en évoquant avec eux leurs droits et devoirs au titre de l'exercice de l'autorité parentale. Au besoin, les obligations éducatives en tant que parents doivent leur être rappelées.

(33) Les Écoles des Parents et des Éducateurs mettent en place des actions de médiation entre les parents et l'école.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

- Un accompagnement individualisé peut être assuré par les professionnels des centres médico-sociaux du département. Il peut également être initié et poursuivi par les assistants sociaux de l'Éducation Nationale lorsque la situation a été repérée à l'école.
- Les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité⁽³⁴⁾ sont tout à fait adaptés pour les accompagner dans la préservation ou même le rétablissement de leur rôle parental. Les actions proposées abordent les questions d'autorité, de scolarité (co-éducation, facilitation des relations famille-école), de santé, de sexualité, de conduites à risques.
- Des formules de soutien intensif aux parents et/ou aux adolescents, en dehors du domicile familial, parfois avec hébergement sur une durée de quelques jours, contribuent à rétablir une communication plus sereine.
- Des lieux d'accueil de jour et **l'accueil de 72 heures** pour les adolescents, introduits par la loi du 5 mars 2007, assurent une médiation pour éviter la rupture entre parents et enfant (cf. chapitre 4).

➤ Accompagner parents et enfants dans les situations de conflit d'ordre conjugal

Toujours éprouvant pour l'enfant quel que soit son âge, le conflit entre ses parents peut lui être très préjudiciable surtout si l'enfant devient un enjeu, voire est mis en danger lorsque le conflit persiste et s'exacerbe. Le juge aux affaires familiales est compétent pour trancher les conflits nés de l'exercice de l'autorité parentale. Si les conditions l'exigent, le juge des enfants peut être amené à statuer au titre de la protection⁽³⁵⁾ judiciaire de l'enfance.

Dans ces situations, l'intervention envisagée doit contribuer à la résolution du conflit par un accompagnement qui implique l'intervention d'un professionnel situé dans une position de tiers.

- **La médiation familiale**⁽³⁶⁾ entre notamment dans ce champ d'action. Elle consiste, par exemple, à aider le couple à sortir de l'impasse du conflit, pour que les relations s'améliorent entre eux, et prennent davantage en compte l'intérêt de l'enfant. Elle peut être mise en œuvre à la demande des intéressés ou proposée par les travailleurs sociaux. Elle pourra être ordonnée par le juge aux affaires familiales si le conflit conjugal est porté devant la justice, voire par le juge des enfants comme obligations particulières d'une mesure éducative en milieu ouvert.

La médiation familiale est, selon la définition qu'en donne le Conseil national consultatif de la médiation familiale « un processus de construction ou de reconstruction du lien familial axé sur l'autonomie et la responsabilité des personnes concernées par des situations de ruptures ou de séparation dans lequel un tiers impartial, indépendant, qualifié et sans pouvoir de décision, le médiateur familial, favorise, à travers l'organisation d'entretiens confidentiels, leur communication,

(34) Les départements, les communes, de nombreuses associations telles l'École des Parents et des Éducateurs développent également diverses actions collectives en soutien à la parentalité.

(35) Les conflits familiaux sont à l'origine d'environ un cinquième des placements d'enfants.

(36) Cf. annexe 12.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

la gestion de leur conflit dans le domaine familial entendu dans sa diversité et son évolution ».

Elle s'appuie sur une démarche volontaire des personnes et peut, dans le cadre d'une procédure judiciaire, être ordonnée par un juge aux affaires familiales, après avoir recueilli l'accord des parties.

Les travailleurs sociaux, ou tout professionnel du champ social, juridique, médical, peuvent orienter les personnes vers la médiation familiale pour :

- maintenir le lien parental et familial au-delà de la rupture et préserver l'intérêt de l'enfant ;
- pour permettre la mise en place d'accords visant à satisfaire les besoins de chaque personne ;
- pour accompagner les réorganisations familiales ;
- pour renégocier des accords devenus inadaptés.

L'objectif premier de la médiation familiale est d'éviter la rupture des liens familiaux dans la durée, notamment au moment où se défont des liens affectifs qui ont fondé la relation conjugale et familiale. Le but est de préserver les liens familiaux et de maintenir un environnement favorable à l'enfant (répondre aux besoins de l'enfant, organiser sa vie quotidienne, ses relations avec l'ensemble des membres de sa famille, les modalités d'accueil des enfants chez leur père et leur mère, etc.).

Le médiateur familial est un professionnel qualifié⁽³⁷⁾, formé aux techniques spécifiques de médiation familiale qui respecte des principes déontologiques, observe une stricte confidentialité, ne prend pas parti et ne juge pas. Son rôle est d'aider à trouver des solutions concrètes, d'identifier la source du conflit, de rétablir la communication, de créer un climat de confiance propice à la recherche d'accords entre les différentes parties.

■ Dans certaines situations très conflictuelles le juge peut ordonner l'interruption du droit de visite et d'hébergement pour l'un des deux parents et décider que les rencontres entre l'enfant et ce parent se dérouleront dans un lieu « neutre » désigné par la loi **espace de rencontre**⁽³⁸⁾.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection de l'enfance leur reconnaît ainsi une existence juridique. Il est inséré à l'article 373-2-1, du code civil l'alinéa suivant :

« Lorsque la continuité et l'effectivité des liens de l'enfant avec ce parent l'exigent, le juge aux affaires familiales peut organiser le droit de visite dans un espace de rencontre désigné à cet effet ».

(37) Création, en 2003, d'un diplôme d'État de médiateur familial.


(38) Cf. annexe 13.

3. La prévention des difficultés éducatives des parents et l'accompagnement des familles

Dans ces lieux neutres, associatifs ou publics, des enfants viennent y rencontrer le parent avec lequel ils ne résident pas au quotidien suite à une séparation. Ils peuvent également y rencontrer d'autres membres de leur parenté (grands parents, fratrie...) si ceux-ci sont titulaires d'un droit de visite. Les espaces de rencontre sont préconisés dans toute situation où la relation parent-enfant et/ou l'exercice d'un droit de visite sont interrompus, difficiles ou trop conflictuels. Ils interviennent ainsi dans certaines situations liées aux divorces, aux séparations conjugales ou familiales.

Ils permettent un soutien à la rencontre de l'enfant avec son parent, favorisent l'établissement, le maintien ou la reprise de leur relation.

Lorsque c'est possible, et selon l'évolution de la situation, les rencontres peuvent être aménagées pour se dérouler à l'extérieur de ces lieux.



4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance renforce la prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents par des actions spécifiques.

Ces actions portent d'une part, sur une prévention en faveur des enfants de moins de six ans assurée, pour une large part, par le service de protection maternelle et infantile. D'autre part, elles consistent pour les enfants de plus de 6 ans, en un suivi médical et médico-social pour lequel la mission de promotion de la santé et le service social en faveur des élèves de l'Éducation Nationale sont particulièrement impliqués.

La loi prévoit notamment, tous les 3 ans, des temps de rencontre systématique avec les professionnels de santé pour tous les enfants et adolescents entre 3 ans et 15 ans. Ils s'ajoutent aux actions déjà menées par ces services, et par l'ensemble des acteurs médicaux et médico-sociaux du secteur public ou libéral.

À cet égard, les professionnels de santé jouent un rôle important et sont en mesure de répondre aux diverses questions des parents qui ne sont pas seulement d'ordre médical. Le pédiatre, le médecin de PMI, le médecin de l'Éducation Nationale ou le généraliste s'inscrivent dans une politique de prévention soucieuse du développement de l'enfant : dépistage, conseils préventifs, conseils d'éducation à la santé⁽³⁹⁾.

Les responsabilités de l'école dans la mission de promotion de la santé en faveur des élèves sont affirmées notamment dans les dispositions générales du code de l'éducation (Livre I, titre I et II). Cette mission a pour objectif essentiel et spécifique de veiller au bien-être des élèves, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité individuelle et collective. Chaque personnel apporte ses compétences dans le champ global de la promotion de la santé à l'École, les médecins et les infirmier(ère)s ayant cependant, en tant que personnels de santé, une mission particulière au sein d'un partenariat spécifique.

La prévention en direction des enfants

L'enfance est le temps des apprentissages fondamentaux. Il est donc important de veiller au bien-être des enfants, de contribuer à leur réussite et de les accompagner dans la construction de leur personnalité. Des déficiences sensorielles par exemple, des troubles du langage, des difficultés d'ordre psychologique peuvent perturber ces acquisitions. Certains troubles peuvent être révélateurs de difficultés vécues par l'enfant dans la vie quotidienne.

(39) Cf. recommandations de la Haute Autorité de Santé sur les bilans du 28^e jour à 6 ans.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

› Des actions de prévention en faveur des enfants de moins de 6 ans et un bilan de santé pour tous les enfants de 3 à 4 ans assuré par le service de PMI

La loi du 5 mars 2007 renforce le rôle du service de PMI en matière de prévention pour les jeunes enfants.

La loi prévoit des actions de prévention et de dépistage pour les enfants de moins de 6 ans

Ainsi, l'art. L. 2112-2 du code de la santé publique dispose que :

« Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, **aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage.** Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

L'importance accordée au dépistage de ces troubles, particulièrement chez le jeune enfant, se justifie dans la mesure où il s'agit d'une période fondamentale pour sa construction et son développement physique, intellectuel et affectif.

Le service de PMI contribue à ce dépistage, en collaboration avec les autres professionnels de santé susceptibles d'intervenir auprès de l'enfant, et doit notamment veiller à ce que l'enfant ait une prise en charge effectivement adaptée à ses besoins.

Ces actions de prévention n'ont d'intérêt que si, par ailleurs, elles sont complétées par un suivi médical régulier du jeune enfant permettant de veiller à sa santé, à son bien-être, mais aussi à son éveil.

Ce suivi qui peut être assuré par le service de PMI, mais aussi par les pédiatres ou les généralistes, est aujourd'hui marqué par deux rendez-vous importants au 9^e et au 24^e mois. C'est l'occasion de faire le point sur l'état de santé de l'enfant. Il convient de sensibiliser les parents, lorsque cela est nécessaire, sur l'intérêt de ces deux consultations pour leur enfant. Le service de PMI qui est destinataire des certificats de santé doit y veiller.

L'évolution du petit enfant qui est rapide justifie d'autres consultations. Selon l'association française de pédiatrie ambulatoire ⁽⁴⁰⁾, leur contenu doit suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé aux fins de les inscrire dans une politique de prévention soucieuse du bon développement de l'enfant en assurant un dépistage, des conseils préventifs, des conseils d'éducation à la santé, et en lien avec le médecin de famille, ou avec l'hôpital pour le suivi des pathologies chroniques.

(40) L'association française de pédiatrie ambulatoire propose que ces consultations qui correspondent à des âges-clé soient systématiques et réalisées par un pédiatre ou un médecin de PMI à 15 jours, aux 2^e, 4^e, 9^e, 15^e et 18^e mois A.Bocquet, R.Assathiany, F-M.Caron, J-M.Muller, C.Salinier, F.Toursel, B.Virey Propositions pour une meilleure prise en charge de la santé des enfants et pour l'avenir de la pédiatrie française. Le Pédiatre 2006).

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Les spécialistes de l'enfant sont les professionnels les plus à même de repérer précocement différentes pathologies, de permettre une orientation des enfants vers les services de soins appropriés, de dispenser des informations et conseils en matière de traitement. Il est souhaitable que ces examens soient réalisés par des pédiatres ⁽⁴¹⁾, ou par des médecins généralistes formés à cet effet (développement normal et pathologique du jeune enfant et sur le contenu de ces consultations), en liaison avec le service de PMI.

Au-delà du 24^e mois, les enfants sont suivis plus ou moins régulièrement par des pédiatres, les médecins généralistes, ou par le service de PMI. Un certain nombre d'entre eux ne bénéficient d'aucun suivi. C'est pourquoi la loi du 5 mars 2007 rend obligatoire le bilan à 3-4 ans.

Un bilan de santé effectué par le service de PMI pour tous les enfants à 3-4 ans

L'article L. 2112-2 du code de la santé publique

« Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que **l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans**, notamment en école maternelle. »

Ce bilan est effectué par le service de PMI notamment en école maternelle pour les enfants scolarisés, l'école étant un lieu propice à une prévention globale de l'enfant et permet d'atteindre tous les enfants scolarisés. Il est recommandé que ce bilan soit assuré à l'école par un médecin de PMI accompagné, dans la mesure du possible, par une puéricultrice.

Les parents sont conviés à ce bilan. Dans l'échange avec les professionnels, ils apportent des éclairages permettant la compréhension des éventuelles difficultés de l'enfant.

Les enfants non scolarisés doivent également bénéficier de ce bilan qui peut être effectué dans les centres de consultation du service de PMI.

Ce bilan doit permettre le dépistage des troubles du langage, de l'audition, et de la vision du jeune enfant. Il doit permettre aussi d'identifier des difficultés d'ordre psychologique, des situations de risques de danger ou de maltraitance.

Ce peut être l'occasion pour les enseignants de faire part au médecin de difficultés qu'ils ont pu observer chez l'enfant et qui peuvent perturber les apprentissages.

Il importe que le service de PMI veille aux suites données à ce bilan de santé dans l'hypothèse où l'enfant nécessite une prise en charge ou une orientation particulière en relation avec les personnels médico-sociaux de l'Éducation Nationale.

(41) L'AFPA propose aux pédiatres de ville, des formations très spécialisées sur les déficits sensoriels, les difficultés scolaires, les troubles des apprentissages ; actuellement des séminaires sont mis en place sur le contenu des consultations aux âges-clé. La prise en charge des enfants par les pédiatres est de plus en plus préventive, même si la prise en charge curative garde toute sa place. Ils sont, en outre, formés à la guidance parentale.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

› La loi du 5 mars 2007 confirme l'importance de la visite médicale à la 6^e année de l'enfant

Elle confirme le caractère obligatoire de cette visite pour tous les enfants où qu'ils soient scolarisés.

L'article L. 541-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Au cours de leur sixième [...] [année], tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé.

« Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix.

« À l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.

« Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours d'un service social. »

Cette visite est réalisée par les médecins de l'Éducation Nationale, sauf si les détenteurs de l'autorité parentale présentent un certificat médical. Dans tous les cas, la visite médicale doit être effectuée en respectant le contenu fixé par voie réglementaire.

Cet examen médical complet comprend le repérage précoce des signes pouvant entraîner des difficultés ultérieures d'apprentissage, tels que les problèmes visuels, auditifs, les troubles du langage ou du comportement, le dépistage systématique des handicaps ou l'information pour la prévention de l'obésité. Il a également pour objet de prévenir et de détecter les cas d'enfants maltraités.

Lorsque des problèmes de santé ont été repérés, les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec les parents, l'équipe éducative et les professionnels de santé afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés.

À cet effet, il importe que les personnels de la mission de la promotion de la santé en faveur des élèves s'assurent de la suite donnée à cette visite médicale lorsqu'elle a abouti à une orientation de l'enfant avec l'accord des parents pour une prise en charge complémentaire. Les modalités de prise en charge sont explicitées aux équipes des écoles.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

› La loi du 5 mars 2007 introduit une nouvelle visite médicale à la neuvième année

La visite de la 9^e année est comparable à celle de la 6^e année par ses modalités. Elle concerne tous les enfants de cette classe d'âge où qu'ils soient scolarisés.

Il est précisé dans l'article L. 541-1 du code de l'éducation :

« Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage.

« Les visites obligatoires de neuvième année [...] sont assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. »

Le délai de mise en œuvre de cette nouvelle visite médicale est fixé à 6 ans. À ce terme, tous les enfants de la même classe d'âge devront bénéficier de cette visite médicale, qu'elle soit assurée par les services de santé scolaire ou par le médecin traitant. Dans tous les cas, son contenu et ses objectifs seront identiques.

La loi du 5 mars 2007 confirme également qu'un suivi médical est assuré tout au long de la scolarité des élèves du primaire et que le service social y contribue.

Le rôle du travail social est conforté par la loi du 5 mars 2007

De nombreuses écoles maternelles et élémentaires obtiennent le concours ponctuel des services sociaux des départements. Cette collaboration mérite d'être renforcée et clarifiée et n'exclut pas cependant que des travailleurs sociaux de l'Éducation Nationale soient affectés dans des écoles primaires.

Leur rôle en matière de prévention est important car ils ont pour mission :

- d'être en collaboration avec la santé scolaire ;
- de porter attention aux difficultés des enfants ;
- d'accompagner les équipes éducatives ;
- d'être un maillon entre les parents et l'école ;
- de faire le lien avec les différents services sociaux qui interviennent lorsque la situation de l'enfant nécessite un suivi (CCAS, départements, hôpitaux, associations) ;
- de contribuer à une meilleure articulation avec le service de PMI ou l'aide sociale à l'enfance ;
- de favoriser une articulation entre l'école et les services éducatifs, les lieux de placement, les familles d'accueil ;
- d'évaluer ou participer à l'évaluation des situations d'enfants en risque de danger ou en danger, de transmettre à la cellule départementale des informations préoccupantes.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Les travailleurs sociaux peuvent aussi intervenir pour :

- contribuer à la sensibilisation et à la formation des directeurs d'école et des équipes éducatives sur la protection de l'enfance, en partenariat avec la santé scolaire ;
- assurer sur place écoute et conseil en cas de situations problématiques concernant un enfant ;
- assurer des actions de prévention auprès des enfants ou de leurs parents ;
- participer aux actions de soutien à la parentalité menées en dehors de l'école tout en faisant le lien avec l'école.

Ils sont par ailleurs un acteur important du dispositif de réussite scolaire.

La prévention médico-sociale en direction des adolescents⁽⁴²⁾

La loi du 5 mars 2007 introduit deux visites médicales obligatoires à l'adolescence. Ces visites offrent ainsi la possibilité pour tous les adolescents de faire le point sur leur état de santé.

Au-delà de ces deux visites, d'autres examens médicaux peuvent être effectués au cours de la scolarité. En outre, l'Éducation Nationale développe une politique de promotion de la santé au sein des établissements.

Enfin, la loi du 5 mars 2007 instaure un ensemble de dispositifs d'accompagnement éducatif en faveur des mineurs et de leurs parents. Ces interventions s'adressent également aux jeunes majeurs.

› Deux visites médicales systématiques pour tous les adolescents à la 12^e et à la 15^e années

L'article L. 541-1 du code de l'éducation est ainsi rédigé :

« Au cours de leurs [...] **douzième et quinzième années, tous les enfants sont obligatoirement soumis à une visite médicale au cours de laquelle un bilan de leur état de santé physique et psychologique est réalisé.** Ces visites ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles.

« Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, **sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant que le bilan mentionné au premier alinéa a été assuré par un professionnel de santé de leur choix.**

(42) Depuis la pré-adolescence vers 11-12 ans jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

« À l'occasion de la visite de la sixième année, un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisé. Les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites.

« Le ministère de la santé détermine, par voie réglementaire, pour chacune des visites obligatoires, le contenu de l'examen médical de prévention et de dépistage.

« Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours d'un service social et, dans les établissements du second degré, de l'infirmière qui leur est affectée.

« Les visites obligatoires des [...] douzième et quinzième années sont assurées pour la moitié au moins de la classe d'âge concernée dans un délai de trois ans et, pour toute la classe d'âge concernée, dans un délai de six ans à compter de la publication de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. »

Ces visites participent à la prévention et à l'éducation à la santé et consistent à faire le point sur leur état physique et psychologique, et à permettre, si besoin, l'orientation vers des structures adaptées.

Elles peuvent être assurées par le médecin de l'Éducation Nationale ou par la médecine de ville. Le contenu et les modalités de ces visites sont fixés par voie réglementaire. D'une manière générale, il convient de s'appuyer sur les préconisations de la Haute autorité de santé et celles du Haut conseil de la santé publique.

Dans un délai de six ans, l'ensemble des adolescents de ces deux classes d'âge doit bénéficier de cette visite médicale.

➤ Les actions de prévention au collège et au lycée

La loi du 5 mars 2007 réaffirme que « Les médecins de l'Éducation Nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites ».

■ En lien avec l'ensemble des personnels de l'établissement ou de l'école, les personnels de santé⁽⁴³⁾, les assistants sociaux, les conseillers d'orientation et les psychologues ont un rôle particulier à jouer pour assurer un suivi et un accompagnement de proximité :

- favoriser l'émergence d'un dialogue et faciliter la parole de l'adolescent ;
- favoriser l'information, en collaboration avec les enseignants, les infirmiers et les partenaires concernés sur la sexualité, les conduites addictives, la violence, la prévention du surpoids et de l'obésité, la maltraitance, la parentalité, etc. ;

(43) Circulaire relative aux missions des infirmières de l'Éducation Nationale n° 2001-014 du 12 janvier 2001. Circulaire relative aux missions des médecins de l'Éducation Nationale n° 2001-013 du 12 janvier 2001

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

- favoriser l'articulation avec les dispositifs d'aide et les relais extérieurs, qui doivent pouvoir intervenir en complémentarité ;
- contribuer à la lutte contre l'absentéisme scolaire ;
- repérer les situations de danger et s'assurer de leur prise en charge ;
- lutter contre l'exclusion des élèves ;
- mieux informer les élèves sur leurs droits et devoirs ;
- favoriser l'accueil des enfants malades et handicapés.

■ La relation de confiance que l'élève peut instaurer avec des adultes favorise la protection de l'enfant :

- les infirmiers peuvent jouer un rôle important dans le repérage des élèves en danger et mettent en œuvre l'orientation la plus appropriée en lien avec les médecins de l'Éducation Nationale ;
- les assistants sociaux scolaires ont à évaluer les situations des élèves en difficulté, à proposer un accompagnement individualisé, à assurer l'articulation avec les services sociaux ou éducatifs extérieurs ; ce travail contribue ainsi à la prévention de la violence et des conduites à risques et agit sur les facteurs sociaux dans le but de favoriser la réussite scolaire des élèves ;
- les médecins de l'Éducation Nationale mettent en œuvre toutes les mesures nécessaires pour assurer la protection des élèves ; ils peuvent être amenés à faire une évaluation de la situation et participent au travail en réseau.

Le travail de ces personnels favorise l'articulation avec les dispositifs d'aide et les relais extérieurs, tout particulièrement avec les travailleurs sociaux et les psychologues scolaires qui doivent pouvoir intervenir en complémentarité pour éviter les ruptures de prise en charge.

■ L'ensemble des personnels de l'Éducation Nationale, membres de la communauté éducative, participe au bien-être des élèves. Chacun apporte ses compétences dans le champ de la **promotion de la santé** à l'école.

Le travail en équipe pluridisciplinaire associe les chefs d'établissement, les enseignants, les conseillers principaux d'éducation, les infirmiers, les conseillers d'orientation psychologues, les médecins, les assistants du service social, les psychologues scolaires.

La politique de prévention dans les établissements scolaires est formalisée dans les projets d'école et d'établissement. Elle doit faire l'objet d'une programmation dans le cadre des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté (CESC)⁽⁴⁴⁾, instance d'observation et de veille qui conçoit, met en œuvre et évalue le projet éducatif en matière de prévention.

(44) Le décret n° 85-924 du 30 août 1985 relatif aux EPLE inscrit le CESC dans la politique de l'établissement.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Ainsi, le CESC :

- contribue à l'éducation à la citoyenneté ;
- prépare le plan de prévention de la violence ;
- propose des actions pour aider les parents en difficultés et lutter contre l'exclusion ;
- définit un programme d'éducation à la santé et à la sexualité⁽⁴⁵⁾ et de prévention des comportements à risques.

Il permet de mettre en cohérence différents dispositifs, visant tous un même objectif : préparer les élèves à agir, à vivre ensemble, dans le respect de l'égalité entre les femmes et les hommes, à opérer des choix et à exercer leur citoyenneté.

Toutes ces actions contribuent à la réussite de l'intégration scolaire et participent à la lutte contre les exclusions.

› Des actions de prévention en direction des adolescents en dehors des établissements scolaires

De nombreuses actions de proximité, de dispositifs et d'initiatives existent, se développent à l'intention des adolescents. Elles méritent d'être mieux connues et mieux articulées. Le plan régional de santé publique permet une cohérence des actions destinées à ce public. Il comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions, dont un programme de santé scolaire et d'éducation à la santé⁽⁴⁶⁾.

Les adolescents en recherche d'écoute, de conseils, d'orientation, de réponses, d'aide, doivent, en effet, savoir à qui s'adresser.

Bien des questions sont posées par les adolescents, des plus simples au plus graves. Le corps, la sexualité, la relation aux autres, la scolarité, l'avenir, les relations avec les parents et la famille suscitent de leur part des questions des plus habituelles aux plus inattendues.

Il s'agit, pour les adultes, de répondre à ce questionnement mais aussi de prévenir les risques et les mises en danger. Dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance, les actions portent notamment sur deux axes majeurs :

- l'accès aux soins ;
- la prévention des ruptures.

(45) Les établissements d'information et de conseil conjugal et familial participent à la préparation des jeunes à la vie de couple et à la fonction parentale, notamment à travers une information individuelle et collective en milieu scolaire.

(46) Art.L1411-11 du code de la santé publique.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Prêter attention à l'état de santé des adolescents

Si la plupart des adolescents se portent bien, ils peuvent néanmoins se poser des questions qui paraissent parfois anodines, parfois plus graves à propos de leur santé. Certains peuvent être dans un état de santé physique et psychologique préoccupant qui n'est pas toujours visible, ou perçu, ou pris en compte par les adultes qui les entourent au quotidien.

Que ce soit dans le cadre scolaire ou en dehors, la santé peut être un moyen d'accès à l'adolescent pour aller au-delà des seules questions de santé.

Les plaintes et inquiétudes somatiques peuvent donc être l'occasion d'aborder des questions parfois sensibles pour l'adolescent comme son environnement et son mode de vie, sa vie sociale et affective, les relations familiales, sa scolarité, ses projets, des problèmes psychologiques. C'est un temps d'attention que doit porter envers l'adolescent l'adulte qui l'écoute, car il peut révéler ses difficultés et son mal être.

Le bilan de santé personnalisé pour les filles dans leur 12^{ème} année, pour les garçons dans leur 13^e année⁽⁴⁷⁾ mis en œuvre à titre expérimental, est une occasion supplémentaire d'aborder des questions mettant en difficulté l'adolescent.

Les médecins et les pédiatres⁽⁴⁸⁾ ont un rôle déterminant à jouer dans la prévention en direction des adolescents.

Les ateliers « santé ville » dans le cadre du contrat de ville mettent en œuvre des actions de prévention sur les conduites à risques, notamment les conduites addictives, la santé des jeunes, la souffrance psychique, l'accès aux soins pour les jeunes les plus démunis.

En dehors des acteurs de santé, les adolescents ont besoin d'avoir un accès direct et anonyme à des informations et des réponses à des questions qui les préoccupent.

Parmi les dispositifs les mieux identifiés et les plus accessibles, figurent notamment :

- les lieux d'écoute pour des adolescents, parmi lesquels **les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ)**⁽⁴⁹⁾ qui sont des instances de proximité prenant en compte le mal-être et agissent dans la prévention du suicide, de l'usage de drogues⁽⁵⁰⁾ ; ils ont vocation à être associés aux maisons des adolescents ;
- **les centres de planification familiale** peuvent jouer un rôle important auprès des jeunes dans la prévention, non seulement à propos de la sexualité ou des comportements à risques, mais aussi sur des thématiques de prévention sur la parentalité, sur la violence entre sexes, sur les violences conjugales, etc. Des actions collectives peuvent être assurées dans les centres de planification, dans les établissements scolaires dans le cadre des Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté, ou en tous lieux propices permettant le contact des adolescents ;

(47) Les travaux de la Conférence de la Famille 2004 ont abouti à proposer un bilan de santé personnalisé pour les filles dans leur 12^e année, pour les garçons dans leur 13^e année afin de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer leur développement. Cette proposition est en cours d'expérimentation auprès de médecins libéraux volontaires. Les enseignements qui en découleront permettront de décider de la généralisation ou pas de ce temps de rencontre.

(48) Les pédiatres ont d'ailleurs saisi tout l'enjeu et portent davantage leur attention, aujourd'hui, sur les adolescents ; différentes formations ont d'ailleurs été mises en place pour leur perfectionnement.

(49) Circulaire DGS/ DGAS n° 2002 /145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes.

(50) Certains d'entre eux ont vocation à être agréés, pour évaluer la consommation de cannabis, dans les conditions prévues par le cahier des charges de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

- **les espaces santé-jeunes** ⁽⁵¹⁾ qui proposent une écoute multidisciplinaire à partir de questions de santé d'ordre somatique ;
- **les maisons des adolescents** constituent des lieux d'accueil au sein d'un réseau de partenaires, ouverts sur la ville, qui réunissent les dispositifs sanitaires, sociaux, éducatifs et juridiques dont les adolescents ont besoin pour faire face aux difficultés qu'ils rencontrent. Il s'agit de structures ouvertes où les adolescents peuvent se rendre librement et gratuitement sans qu'une autorisation préalable des parents soit nécessaire. Leur mission s'articule autour de l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale, l'accompagnement éducatif, social et juridique.

Les maisons des adolescents répondent aux objectifs suivants :

- prendre soin (au sens large) d'eux en leur proposant des prestations adaptées à leurs besoins et attentes non encore pris en charge dans les dispositifs traditionnels ;
- apporter des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie ;
- faciliter la mise en réseau des professionnels et des parents confrontés à des problèmes de santé ou de comportement chez les adolescents ;
- constituer un pôle ressource sur un territoire donné pour l'ensemble des acteurs concernés par l'adolescence en vue de faciliter leur mise en réseau.

Un cahier des charges précise les finalités poursuivies et les conditions auxquelles doivent répondre les projets pour être reconnus « maison des adolescents » et bénéficier d'un financement à ce titre. L'élément déterminant étant la mise en place d'un réseau de partenaires de santé ouvert sur la ville, associant les professionnels de santé institutionnels et libéraux, l'État (Éducation Nationale, Justice, action sociale...), et les collectivités territoriales.

Accompagner les adolescents en risque de rupture

Les adolescents et les jeunes adultes peuvent être exposés à trois risques de rupture :

- avec leur famille ;
- avec l'école ;
- avec la société.

Il importe de les accompagner pour prévenir ces ruptures ou contribuer au rétablissement de la situation.

(51) Même si leur projet a été partiellement repris par les maisons des adolescents, ils restent très présents dans plusieurs villes françaises.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Accompagner les adolescents en risque de rupture familiale

- La loi du 5 mars 2007 autorise **un accueil de 72 heures**, par les services départementaux, des adolescents en risque de rupture familiale qui ont quitté brutalement le domicile familial.

« En cas de danger immédiat ou de suspicion de danger immédiat concernant un mineur ayant abandonné le domicile familial, le service peut, dans le cadre des actions de prévention, pendant une durée maximale de soixante-douze heures, accueillir le mineur, sous réserve d'en informer sans délai les parents, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le procureur de la République. Si au terme de ce délai le retour de l'enfant dans sa famille n'a pas pu être organisé, une procédure d'admission à l'aide sociale à l'enfance ou, à défaut d'accord des parents ou du représentant légal, une saisine de l'autorité judiciaire est engagée. »

Cet accueil doit faire l'objet d'une information immédiate des parents et du procureur de la République. Tout en permettant un accueil sécurisé, ce temps d'échange entre l'adolescent et le professionnel permet d'évoquer, d'évaluer avec lui sa situation. Il s'agit aussi, dans la mesure du possible, d'envisager que les liens se renouent entre lui, ses parents, voire sa famille. Ce peut être l'occasion d'initier une médiation familiale.

Si au terme des 72 heures l'adolescent ne réintègre pas le domicile familial, la cellule départementale de recueil des informations préoccupantes doit être avisée.

- Par ailleurs, **des lieux d'accueil de jour** devraient permettre un soutien pluridisciplinaire, tout particulièrement pour les adolescents qui sont confrontés à des difficultés relationnelles avec leur père, leur mère, leur famille.

Accompagner les adolescents en risque de rupture scolaire

L'absentéisme, le décrochage, l'échec scolaire préoccupent de plus en plus parents, institution scolaire, pouvoirs publics et élus. Divers dispositifs ont été initiés pour y remédier qui doivent intervenir en complémentarité du travail mené par les professionnels de l'école et en particulier les assistants de service social. Parmi les plus récents, figurent le contrat de responsabilité parentale.

De nombreuses actions existent depuis plusieurs années (contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, contrats locaux d'accompagnement à la scolarité, École ouverte...).

- Définis dans le plan de cohésion sociale et la loi de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, **les dispositifs de réussite éducative** visent à donner leur chance aux enfants et aux adolescents ne bénéficiant pas d'un environnement social, familial et culturel favorable à leur réussite. Ils visent à accompagner, dès la maternelle, des enfants et des adolescents présentant des signes de fragilité en prenant en compte la globalité de leur environnement. Il s'inscrivent dans un partenariat divers et ont vocation à s'articuler avec les dispositifs existants.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

Les dispositifs de réussite éducative ont été conçus pour accompagner les enfants et les adolescents en difficulté scolaire.

Ils ont pour objectifs :

- d'accompagner de façon individualisée les enfants et les adolescents qui présentent des signes de fragilité depuis l'école maternelle et jusqu'au terme de la scolarité (équipes de réussite éducative, internats) ;
- d'aider les lycéens des quartiers défavorisés à accéder à l'enseignement supérieur et notamment aux grandes écoles (tutorat).

Ils s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires de soutien : enseignants, éducateurs, animateurs, travailleurs sociaux, psychologues, pédopsychiatres...

Les actions interviennent hors temps scolaire, spécifiquement dédiées aux enfants ou aux adolescents, vivant sur les territoires de la politique de la ville et/ ou scolarisés en éducation prioritaire. Elles portent sur le soutien scolaire, la santé, les actions favorisant l'épanouissement personnel de l'enfant et l'apprentissage des règles de vie en commun (éducation culturelle ou pratique sportive). Le cas échéant, elles apportent une aide directe à la fonction parentale. À cet effet, sont développés :

- des projets éducatifs, sportifs et culturels hors temps scolaire ;
- un tutorat lycéen / élèves de grandes écoles l'ESSEC, Polytechnique, autres grandes écoles, des universités ;
- des dispositifs innovants visant à mieux intégrer les lycéens, et notamment ceux des quartiers difficiles.

Les contrats locaux d'accompagnement à la scolarité (CLAS)⁽⁵²⁾ visent à promouvoir, en complémentarité des dispositifs d'aide et de soutien mis en place par l'Éducation Nationale et en dehors du temps scolaire, un ensemble d'actions destinées à assurer l'égalité des chances des élèves, en particulier ceux qui ne disposent pas dans leur environnement familial et social des ressources nécessaires pour réussir leur scolarité.

Les actions sont centrées sur l'accompagnement scolaire et sur les apports culturels susceptibles de favoriser la réussite scolaire. En lien avec les actions menées dans le cadre des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, les actions visent également à faciliter les relations entre la famille et l'école, à accompagner les parents dans le suivi et la compréhension de la scolarité de leur enfant, en particulier ceux qui sont le plus éloignés de l'école.

Le dispositif vise en priorité les élèves des établissements scolaires situés dans les zones urbaines sensibles, et notamment relevant des réseaux d'éducation prioritaire en particulier des réseaux « Ambition Réussite ».

(52) Environ 170 000 enfants sont bénéficiaires des actions d'accompagnement à la scolarité sur l'ensemble du territoire national. Parmi ceux-ci, plus des deux tiers sont scolarisés dans les établissements du primaire, le tiers restant étant réparti majoritairement dans les collèges et, dans une moindre proportion, dans les lycées d'enseignement général et professionnel.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

L'« **École ouverte** » est un programme piloté par l'Éducation Nationale qui propose des activités éducatives, culturelles, sportives, scolaires et de loisirs au sein des établissements publics du second degré, à l'intention des enfants et des jeunes qui ne partent pas en vacances.

Elle permet d'accueillir les élèves pendant les vacances ainsi que des mercredis et samedis de l'année scolaire. Les établissements engagés sont principalement situés sur le territoire de l'éducation prioritaire, en zones urbaines et sensibles mais aussi en zones rurales.

L'« École ouverte » est devenue un élément essentiel de lutte contre l'exclusion et la violence scolaire, en valorisant l'image de l'école auprès des jeunes. Elle permet, en outre, à des jeunes issus de familles défavorisées d'avoir accès à des activités culturelles et artistiques ainsi qu'à de nouvelles technologies.

Accompagner les jeunes en situation de risques d'exclusion sociale

Divers dispositifs ont pour but de favoriser l'insertion sociale des jeunes, notamment en les accompagnant pour favoriser l'accès à la formation, à l'emploi, au logement, à la vie sociale et culturelle.

- Les actions menées dans le cadre des dits « **contrats jeunes majeurs** » passés dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance ou dans le cadre judiciaire s'inscrivent dans cette perspective. La loi du 5 mars 2007 réaffirme plus largement que des « interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre ».
- Les chantiers de jeunes bénévoles sont un autre moyen d'action d'insertion sociale. Ils sont ouverts aux jeunes de 16 à 25 ans connaissant des difficultés d'intégration sociale et professionnelle, permettent la réalisation de projets d'utilité sociale montés collectivement par eux-mêmes.

Le chantier de jeunes bénévoles permet à des jeunes, grâce à la réalisation d'une activité utile pour la collectivité, un apprentissage de la vie de groupe, de la relation aux autres et du respect de chacun au sein de ce groupe. Il favorise une rencontre interculturelle, voire internationale, dans laquelle se trouvent impliquées des personnes d'origine sociale, culturelle et géographique différente. Grâce au support d'une activité d'intérêt général et d'un programme d'animation, il s'agit :

- de donner confiance aux jeunes et de développer leur capacité à établir des liens sociaux, et de les amener à intégrer les règles de la vie collective ;
- de leur permettre d'être reconnus et valorisés en leur donnant l'occasion de prouver leur utilité sociale ;
- de favoriser la découverte de techniques et de métiers offrant aux jeunes des ouvertures nouvelles sur des formations ou des débouchés professionnels.

Le chantier de jeunes bénévoles peut concerner des domaines aussi divers que le patrimoine architectural, l'environnement, la réhabilitation de petits équipements socio-éducatifs, sportifs ou sociaux, pour les restaurer, les aménager et les mettre en valeur. Il relève d'une démarche d'éducation populaire. Parce qu'il est ouvert à un large public, il constitue un moment fort d'intégration sociale. C'est une action où la socialisation et l'apprentissage de la citoyenneté trouvent une expression concrète.

4. La prévention médico-sociale en direction des enfants et des adolescents

- Parmi les actions de prévention de l'exclusion sociale menées en direction des adolescents et des jeunes adultes, figure **la prévention spécialisée**⁽⁵³⁾. Elle relève de la compétence des départements au titre de l'aide sociale à enfance (articles L 121-2, L 221-1-2°, 312-1-1° CASF).

Menées par des « équipes de rue » composées d'éducateurs spécialisés qui vont à la rencontre des jeunes dans les quartiers, elles facilitent leur socialisation par un accompagnement individuel ou par des actions collectives, et par un travail avec l'environnement familial. L'objectif est d'éviter leur marginalisation. Ces équipes interviennent sur des territoires habilités par le président du conseil général (quartiers, commune, ensemble de plusieurs communes).

Elle propose à des jeunes d'instaurer d'une relation de confiance inscrite dans la durée avec une équipe d'adultes référents qui vont partager avec eux des expériences collectives positives et leur apporter un soutien éducatif personnalisé. Le travail de rue, qui caractérise cette pratique, consiste à aborder les jeunes dans leurs lieux de vie.

Cette intervention se caractérise par l'absence de mandat nominatif, la libre adhésion des jeunes, le respect de leur anonymat, la non-institutionnalisation des activités.

L'action de prévention spécialisée se décline dans des champs multiples, tant au niveau d'actions individuelles et collectives, de la simple présence informelle dans le milieu de vie, au partage de situations quotidiennes, jusqu'à la proposition de réalisation de démarches et d'activités éducatives. Le temps partagé dans les pratiques éducatives est le vecteur de toute socialisation et favorise la prise en compte des besoins sociaux dans de multiples domaines : scolarisation, loisirs, sport, culture, santé, logement, etc.

La relation de confiance construite avec les jeunes, permet également des médiations plurielles, notamment avec les institutions et services.

(53) Cf. annexe 14.



Conclusion

La réforme de la protection de l'enfance convie donc les décideurs à miser sur la prévention précoce. Elle les incite à développer une politique de prévention globale et cohérente impliquant l'ensemble des acteurs publics et privés. Elle invite les professionnels à intégrer davantage cette approche dans leurs pratiques.

L'impact de la prévention est d'autant plus grand qu'elle rassemble tous les acteurs, issus de tous les champs professionnels, auprès de l'enfant ou de sa famille pour un objectif commun : la protection de l'enfant, son bien être, sa bien-traitance.



Annexes

ANNEXE 1

L'entretien prénatal du 4^e mois de grossesse

Extraits de la circulaire du 4 juillet 2005 - relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

Ministère de la santé et des solidarités - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé

> Introduction

Le plan périnatalité a pour objectif de moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance, propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance de ce champ et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. Dans ce cadre, l'un des principaux enjeux consiste à améliorer l'environnement psychologique et social des parents et de l'enfant. Cette démarche s'articule essentiellement autour de trois mesures : la mise en place d'un entretien individuel du quatrième mois, la prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance et le développement des réseaux en périnatalité.

La présente circulaire est précisément destinée à initier une meilleure prise en compte de la dimension psychologique et se fonde sur la conviction désormais largement partagée chez les professionnels concernés de l'importance de la dimension affective dans le processus de la naissance. La place accordée à cette dimension conditionne, en effet, le bon déroulement du processus physiologique entourant la naissance ainsi que la construction harmonieuse des liens familiaux. Par ailleurs, des programmes et des études ont démontré qu'un soutien précoce et de qualité à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constituait un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente. Un tel soutien constitue à cet égard un véritable enjeu de santé publique.

L'articulation entre la psychiatrie et la périnatalité s'est développée en France sur la base de rares initiatives militantes et individuelles. Cette articulation a effectivement permis de répondre aux difficultés de professionnels de la naissance confrontés à des psychopathologies maternelles avérées ou à des situations à haut risque médical (risque foetal, grande prématurité, malformation...), générant chez les femmes et leurs conjoints des troubles émotionnels, importants à considérer dans la prise en charge. Il convient, désormais, de développer de manière générale cette articulation entre ces deux disciplines et tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique pour lesquelles la grossesse constitue un moment favorable pour une rencontre avec les acteurs de soins concernés.

[...]

Il s'agit, dans le cadre de cette circulaire, d'atteindre un objectif global de continuité et de cohérence impliquant le renforcement des partenariats et la poursuite de l'évolution des pratiques dans le

sens d'un travail en réseau renforcé entre les différents acteurs concernés : sanitaires (quels que soient le mode d'exercice et la discipline), sociaux et médico-sociaux.

Si la sécurité affective de l'enfant passe par celle de ses parents, la sécurité des parents passe notamment par celle des professionnels qui les entourent. La formation, en particulier collective, est un moyen essentiel pour que les professionnels développent une confiance mutuelle nécessaire au développement du travail en collaboration.

Par ailleurs, des missions particulières dévolues aux professionnels du champ psychique exerçant en maternité contribuent à la mise en place de ce travail en réseau.

L'enjeu consiste effectivement à permettre à l'ensemble des professionnels concernés de s'associer à cet objectif de santé publique par un travail d'appropriation et de mise en œuvre de cette démarche qui concourt au développement des collaborations médico-psychologiques en périnatalité.

[...]

› Les objectifs

Il s'agit globalement d'accrocher la confiance et/ou de maintenir la confiance dans le système, afin que les parents puissent mettre au monde l'enfant dans les meilleures conditions de sécurité émotionnelle, et qu'ils puissent faire appel ultérieurement si besoin :

- permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles = reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médico-social) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif) entourage personnel environnement professionnel (confiance ? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...);
- respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents) ;
- aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée ;
- évoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens ;
- soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles.

› Un état d'esprit

Il est fondé sur des éléments de respect, hors duquel les parents ne pourront se confier :

- *la qualité de l'accueil* lors du premier contact conditionnera la suite. Elle met en jeu la sécurité du professionnel qui reçoit (formation, acceptation de son rôle par l'ensemble des partenaires, connaissance personnalisée des référents d'autres disciplines...);

- *la confidentialité* garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsque existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc...);
- *la rigueur dans les transmissions* d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir ;
- *l'engagement relationnel* auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi etc.

› Les conditions nécessaires à un bon exercice

- avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes... ;
- avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc.) ;
- adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles ;
- être soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information... ;
- évaluer à 1 ou 2 ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés.

L'ensemble de ces critères doit permettre aux futurs parents de faire l'expérience

- qu'ils pouvaient se confier ;
- qu'ils n'étaient pas jugés ;
- qu'on tenait compte de leurs dires pour ajuster les réponses ;
- que le professionnel tenait la route malgré la violence des confidences ;
- que le professionnel n'était pas seul ;
- que les divers acteurs se respectaient mutuellement à leur propos.

Cette expérience vécue constitue en soi une première sécurité. Elle est la condition pour ajuster l'intervention de spécialistes, et surtout pour que les parents osent faire appel après le retour à la maison, au lieu de se replier dans leur culpabilité si problème.

Il semble plus intéressant que cet entretien prénatal soit différencié de la préparation à la naissance qui débute plus tard dans la grossesse.

Il peut être limité si les futurs parents sont en sécurité (bon réseau préexistant) et ne présentent pas de vulnérabilité particulière.

Il doit pouvoir se répéter dans les cas difficiles, la sage-femme restant alors dans un rôle de coordination le temps nécessaire. Ce qui amène à discuter du statut administratif d'autres entretiens (consultations dans le cadre de grossesse à risque ?).

Dans les situations de vulnérabilité, il paraît essentiel que la sage-femme «coordinatrice » ait la possibilité de revoir la mère (les parents) en post-partum pour un véritable repérage du malaise qui pourrait anticiper une dépression, une pathologie du lien, un décalage dans l'investissement de l'enfant source de culpabilité et d'hyperprotection ultérieure... Si elle ne revoit pas elle-même, elle devrait s'assurer de l'existence d'un professionnel de confiance (médecin généraliste) dont la place devra être activée auprès de la famille, en particulier par une liaison personnalisée.

[...]

> Continuité et cohérence : un principe essentiel, fondement de la prise en charge médico-psychologique en périnatalité

[...]

Le respect et la mise en œuvre de ce principe implique de veiller tout particulièrement :

■ **au décloisonnement des pratiques professionnelles.** L'effet iatrogène de leur cloisonnement a largement été mis en évidence par la clinique pédopsychiatrique, en particulier à partir de situations impliquant les familles les plus vulnérables. La périnatalité met, par définition, en action des acteurs de champs différents dont l'articulation est indispensable afin d'instaurer une continuité et une cohérence dans la prise en charge.

■ **à l'organisation de la prise en charge et des réponses à apporter, notamment lorsque des soins sont nécessaires, centrées autour des besoins propres de chaque famille par un ensemble de professionnels,** agissant dans **une cohérence** suffisante de l'ante au post-natal.

Ces deux objectifs, qui concourent à la qualité des collaborations interprofessionnelles, supposent la reconnaissance par les équipes obstétricales et pédiatriques de la place des professionnels qui ont été choisis par la femme enceinte (médecin généraliste, sage-femme, assistante sociale...) même si leur implication évolue selon les étapes. Ainsi, sera donné **aux familles une bonne lisibilité des rôles de chacun**, lisibilité rendue possible par une communication entre professionnels et un travail de liaison dans le respect de la confidentialité due aux familles. Cette qualité des pratiques partenariales participe à rendre les familles **actrices de leur projet de naissance**.

■ **à la mise en place de formations**, élément clé et incontournable afin que l'ensemble des professionnels et des institutions apprennent à travailler ensemble. Ces formations seront spécifiques et adaptées et auront pour principal objectif d'améliorer la qualité de ces collaborations.

Enfin, la mise en place d'un entretien précoce permettra non seulement d'ouvrir le dialogue et de recueillir les facteurs de vulnérabilité, mais également constituera en soi un premier point d'entrée dans ce processus de collaboration. Cet entretien, tel qu'il est présenté dans la première partie du plan périnatalité et dont la fiche vous est jointe en annexe 2, sera réalisé au 4^e mois de grossesse, sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent.

[...]

Encourager sur l'ensemble du territoire le développement des réseaux de périnatalité associant la ville, le service de PMI, l'hôpital et l'ensemble des acteurs concernés relevant des champs médico-social et social. ... Ces réseaux constituent un outil, un support juridique pour mettre en œuvre ces collaborations et organiser les formations pluridisciplinaires, nécessaires à ce fonctionnement.... Le suivi de ces collaborations pourra s'effectuer dans le cadre des procédures d'évaluation prévues lors de la mise en place des réseaux de périnatalité.

ANNEXE 2

L'entretien du 4^e mois de grossesse

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

extraits du guide d'entretien

L'entretien individuel ou en couple qui est désormais prévu par la loi, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte.

La femme choisit le moment où elle souhaite avoir cet entretien qui doit se dérouler durant le 1^{er} trimestre de la grossesse. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien. Cet entretien individuel permet de présenter et mettre en place la PNP. En cas de déclaration tardive, de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.). Une absence de réalisation de l'entretien individuel (par manque d'information de la femme ou refus) ne doit pas empêcher la participation aux séances de PNP. Dans ce cas, le professionnel qui reçoit la femme en demande de séances prénatales réalise l'entretien individuel et planifie les séances et leur contenu.

[...]

L'entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations de suivi de la grossesse. Il permet de structurer la PNP 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 de la femme enceinte au moyen de méthodes visant à :

- accéder par le dialogue au ressenti de la femme et du couple et à consolider leur confiance dans le système de santé ;
- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales ;
- repérer les situations de vulnérabilité et proposer une aide ;
- adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple.

› Objectifs de l'entretien précoce

Les objectifs de l'entretien individuel ou en couple sont présentés par le professionnel de santé qui déclare la grossesse. Le but recherché de l'entretien est :

- de présenter le dispositif de suivi de la grossesse ;
- de situer dans ce dispositif l'intervention des professionnels et préciser sa manière de travailler avec les autres professionnels ;
- d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient advenir ;
- de compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie ;
- d'encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP.

Le professionnel qui réalise l'entretien s'assure que la femme et le couple ont compris les objectifs de l'entretien. L'entretien permet :

1. Une appréciation positive de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) pour :

- permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple et leur contexte de vie ;
- explorer le vécu de la grossesse en consolidant les compétences personnelles de la femme ;
- conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance ;
- permettre à la femme enceinte de mettre en avant et mobiliser ses ressources personnelles et sociales, ses capacités physiques pour faire face aux changements, corporel, mental, social, familial, liés à la naissance de l'enfant, de même pour le futur père.

2. Une information sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte qui vise à :

- présenter l'offre de soins, le travail entre les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, les missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, les droits liés à la maternité, les ressources matérielles, les services, les sources d'information fiables avec mise en garde quant aux sources qui délivrent une information non vérifiée ;
- faire le point sur le suivi médical sans aborder systématiquement les informations spécifiques au contenu et aux conditions de déroulement des consultations de suivi médical de la grossesse, sauf en cas d'absence de suivi ou de questions posées par la femme ou le couple ;
- présenter les alternatives de PNP au sein de l'offre locale.

3. Une information précoce sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque¹ :

- donner des informations sur les risques liés au mode de vie, des conseils d'hygiène alimentaire et de nutrition et une information sur les risques infectieux alimentaires ; souligner les risques de l'automédication, de la consommation d'alcool, de tabac et de drogues.

4. Une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir pour :

- indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales en vue de préparer la naissance, l'accueil de l'enfant dans les meilleures conditions, et soutenir la fonction parentale ;
- préciser à la femme ou au couple que leur expérience va être consolidée, qu'un apprentissage va leur être proposé comme les soins à l'enfant, l'alimentation, le couchage, la prévention, la promotion d'une bonne santé, la sécurité au domicile. L'épanouissement d'une « parentalité réussie » va être soutenu par des informations et des échanges d'expérience (besoins et exigences d'un jeune enfant, construction du lien d'attachement, faire face à des pleurs, en particulier de cause incomprise, etc.) ;
- encourager le couple à participer aux séances en soulignant l'intérêt d'une PNP précoce et régulière qui sera poursuivie à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce ou en cas de difficultés anticipées durant la grossesse ou décelées après la naissance.

5. Un repérage systématique des facteurs de vulnérabilité

(somatique, sociale, psycho-affective) susceptibles de compromettre la santé de l'enfant, de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant afin :

- de ne pas réduire les difficultés aux seules situations connues comme la précarité et un bas niveau éducatif, mais de les élargir à d'autres facteurs ;
- d'identifier une addiction (alcool, drogue, médicaments, tabac) ;
- de convaincre, avec tact, les femmes de ne pas taire les violences conjugales.

Les facteurs de vulnérabilité ne pourront pas tous être repérés lors de l'entretien individuel. Il est recommandé que le professionnel de santé, qui assure les consultations de suivi de la grossesse, soit attentif au repérage de ces facteurs. Les transmissions interprofessionnelles sont une aide pour le médecin ou la sage-femme qui suit la grossesse pour ajuster sa vigilance.

6. Un premier lien, et si besoin un travail en réseau avec des professionnels activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale pour :

- proposer précocement une réponse adaptée aux difficultés ;
- discuter avec le professionnel qui assure le suivi médical de l'intérêt d'un suivi médical complémentaire et en cas de problème somatique d'une consultation spécialisée. Les confidences reçues ne doivent pas d'emblée entraîner une consultation spécialisée, en particulier psychologique ou psychiatrique. Lorsque la femme n'est pas prête à effectuer la démarche, les psychologues et psychiatres peuvent apporter un soutien au professionnel qui suit la grossesse pour l'aider à mieux prendre en compte les besoins psychiques et intensifier le suivi médical ;
- envisager une conduite à tenir devant de réelles situations de danger ou d'insécurité (violence, isolement extrême, etc.) ;
- adapter le suivi en fonction des besoins tout au long de la grossesse, à la naissance et en postnatal.

Propositions de questions qui peuvent être abordées lors de l'entretien (inspirées des recommandations de la HAS)

- Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, niveau d'arrêt des études
 - Niveau de ressources, couverture sociale
 - Habitat (commodités, vétusté)
-
- Suivi de la grossesse
 - Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés
 - Vécu de la grossesse précédente
 - Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance
 - Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien
 - Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.)
 - Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)
-
- Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité
-
- Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate
 - Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple

- Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant
-
- Relations dans le couple
 - Violence domestique
 - Stress, anxiété, troubles du sommeil
 - Signes évocateurs d'un épisode dépressif
 - Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)
 - Précarité
 - Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale)
 - Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap
-
- Projet de naissance
 - Préparation à la naissance et à la parentalité
-
- Connaissances, savoir-faire, attitudes
 - Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse
 - Attentes face aux décisions à prendre et aux changements envisagés
 - Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

› Conduire l'entretien individuel ou en couple

Pour conduire l'entretien, il est recommandé de créer des conditions de dialogue et d'utiliser des techniques de communication appropriées qui :

- mettent la femme et le couple en confiance ;
- leur permettent d'exprimer leurs attentes, leurs besoins, leur questionnement ;
- les aident à livrer leurs ressentis, leurs angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient être source de difficultés ultérieures.

Conditions de dialogue et techniques de communication utilisables lors du déroulement de l'entretien individuel ou en couple

- Qualité de l'accueil, écoute active, tact, attitude encourageante non culpabilisante, non disqualifiante, empathie
- Temps d'expression suffisamment long de la femme et du futur père
- Reconnaissance de l'expérience et du savoir-faire de la femme et du couple
- Utilisation de questions ouvertes qui permet d'accéder au ressenti de la femme et du couple et de tenir compte de sa logique de raisonnement. Les questions fermées sont utilisées pour obtenir une précision
- Reformulation, relance pour explorer une dimension en particulier
- Possibilité de s'entretenir un moment avec la femme seule ou programmation d'une rencontre ultérieure pour évoquer des problèmes délicats comme la violence domestique ou conjugale, des traumatismes anciens
- Progressivité dans la délivrance des informations, des conseils
- Clarté de l'information délivrée et adaptation du niveau de langage, en particulier en cas de handicap sensoriel, de faible niveau d'études ou pour les femmes et couples venant de pays étrangers (recours à un interprète)
- Assurance d'une bonne compréhension des informations délivrées
- Résumé de la situation, confirmation de ce qui a été dit, proposé, décidé
- Assurance que la décision finale appartient à la femme. Cette décision peut évoluer au cours de la grossesse
- Confidentialité de l'entretien, en particulier sur les questions délicates comme la violence domestique
- Information et accord de la femme pour la transmission d'informations entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social

› Indiquer les contenus à aborder lors des séances et repérer les situations de vulnérabilité

Afin d'indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales, il est recommandé d'utiliser un guide d'entretien.

[...]

Ce guide d'entretien permet de repérer les situations de vulnérabilité au cours du dialogue qui s'instaure avec la femme ou le couple... Il indique les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple.

[...]

Il est recommandé de se référer à une définition des principaux facteurs de vulnérabilité pour les reconnaître au cours du dialogue avec la femme ou le couple.

La liste non exhaustive des principaux facteurs de vulnérabilité a été établie à partir de l'analyse de la littérature, complétée de l'expérience pratique des membres du groupe de travail, sans parvenir ni à hiérarchiser les facteurs de vulnérabilité, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

Définition de la vulnérabilité :

- *La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».*

Principaux facteurs de vulnérabilité :

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse ;*
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.*
- *La violence domestique, en particulier conjugale ;*
- *Le stress traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités ;*
- *L'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte ;*
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression ;*
- *Un épisode dépressif durant la grossesse se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités ;*
- *La dépression du post-partum est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du post-partum où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.*
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.*
- *La précarité est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.*
- *Le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).*
- *La naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.*

› Rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple

Il est recommandé de rédiger une synthèse de l'entretien individuel ou en couple. Cette synthèse est transmise avec l'accord de la femme au professionnel qui met en œuvre les séances prénatales (s'il n'a pas réalisé l'entretien lui-même) et au médecin ou à la sage-femme qui assure le suivi médical de la grossesse. En cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés, la synthèse sert également de support à la coordination des actions autour de la femme enceinte.

Les éléments de la synthèse sont les suivants :

- climat et tonalité de la rencontre (comportement) ;
- ce que la femme exprime de ses besoins, attentes, préoccupations, difficultés ;
- les besoins d'information et les compétences à développer par la femme ou le couple ;
- les difficultés et les facteurs de vulnérabilité ;
- les troubles somatiques, les difficultés psychologiques et sociales ;
- les orientations médicales et les dispositifs d'aide et d'accompagnement proposés ;
- les contacts pris avec les professionnels des champs sanitaire, social et médicosocial ;
- le suivi envisagé avec l'évaluation régulière de la situation à chaque étape de la PNP : amélioration des connaissances et des compétences parentales, utilité et efficacité des dispositifs mis en place ;
- les coordonnées de la ou des personnes qui occupent ou partagent la fonction de coordination.

L'existence d'un dossier partagé, détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien.

ANNEXE 3

Le référentiel formation pour la conduite de l'entretien du 4^e mois de grossesse

Le référentiel de formation décrit un « état d'esprit » fondé sur la mise en confiance de ceux qui mèneront l'entretien (technique d'entretien et description d'un contenu), mais aussi sur la capacité à activer le réseau de soin de manière personnalisée à partir de ce qui est exprimé par la femme enceinte. Trois grands objectifs s'en dégagent :

- l'entretien est une occasion précieuse d'ouvrir le dialogue avec les parents sur le suivi médical de la grossesse et l'accueil de l'enfant, l'écoute des futurs parents est une condition nécessaire à la prise en compte de la dimension émotionnelle dans le suivi de grossesse ; la création d'un climat de confiance permet d'ajuster ce suivi aux besoins des familles rendues actrices par le fait de les exprimer ; le recueil précoce des facteurs de stress permet à la fois d'améliorer le déroulement obstétrico-pédiatrique et à limiter les aléas dans la mise en place des liens parents-enfant ;
- il permet une information mutuelle : les futurs parents informent le praticien de leurs attentes, de leurs craintes, de leurs questionnements et de l'existence éventuelle de professionnels de confiance déjà engagés auprès d'eux ; le praticien, en réponse, informe la femme et le couple de l'intérêt de bénéficier d'une prise en charge globale de la grossesse ; il indique les réponses possibles du système de soin pour que la famille comprenne qu'elle y occupe une place active et centrale ; le bon ajustement des réponses donne ou redonne confiance dans le système de soin et améliore l'adhésion au suivi proposé ;
- il est un moment crucial du développement d'un partenariat personnalisé ; conçu pour aider les professionnels à ajuster leurs propositions aux besoins propres à chaque famille, il nécessite une bonne connaissance des autres acteurs ; la personnalisation des transmissions d'un professionnel à l'autre est essentielle.

ANNEXE 4

La Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé - Novembre 2005

(Extraits)

> Définition

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés¹.

Ces recommandations préconisent une approche plus précoce de la préparation à la naissance et une démarche élargie à l'amélioration des compétences des femmes ou des couples en matière de santé et au soutien à la parentalité. En effet, certains troubles de la relation parents-enfant pourraient être prévenus par une attention précoce portée à la femme enceinte, la mise en œuvre de dispositifs d'aide et d'accompagnement, une activation des professionnels autour des familles en difficultés et par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale.

C'est pourquoi, le plus tôt possible après la confirmation de la grossesse, un entretien spécifique devrait permettre d'anticiper les difficultés qui pourraient advenir et d'apporter une réponse adaptée et coordonnée aux besoins de la femme ou du couple. Cet entretien précoce serait de plus une aide pour le médecin lui permettant d'ajuster sa vigilance grâce aux transmissions interprofessionnelles d'informations. Cet entretien serait également l'occasion de définir pour chaque femme et couple les contenus essentiels à aborder lors des séances proprement dites de PNP.

➤ Intérêts de la PNP

L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve).

■ **Le soutien à la fonction parentale** a été peu étudié en population générale durant la période postnatale précoce. Des études contrôlées randomisées suggèrent (effets non significatifs) un bénéfice en termes d'adaptation affective et physique aux besoins du nourrisson, de construction du lien parents-enfant et plus largement de développement personnel des parents (capacité à résoudre des problèmes, à trouver les solutions les plus adaptées à leur situation, à requérir une aide ponctuelle, un soutien, de l'information, à rechercher des lieux de rencontre avec d'autres parents, à participer à des ateliers, etc.).

■ **Chez les parents adolescents**, les séances collectives et individuelles, pré et postnatales (entretien, discussion à partir de vidéo), améliorent les interactions mère enfant, en particulier la communication au moment de l'alimentation du nourrisson, le développement du langage, le comportement et les connaissances des parents, la confiance de la mère en elle-même, la construction de l'identité maternelle (niveau de preuve 4).

■ **Des interventions postnatales précoces et structurées** (visites à domicile systématiques, et adaptées en fréquence et en réponse aux besoins, prise en charge des symptômes selon des recommandations professionnelles disponibles) améliorent le bien-être physique et émotionnel des femmes, avec une diminution de l'anxiété, de la dépression et une amélioration de l'estime de soi, constatée à 4 et 12 mois après la naissance (niveau de preuve 1).

Le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'est pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (niveau de preuve 1). En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées exclusivement en postnatal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes, ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (niveau de preuve 1). Ces interventions sont encore plus efficaces chez les femmes vulnérables (niveau de preuve 1). Des interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

La durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel s'améliorent avec des interventions associées entre elles (groupe de discussion, séances prénatales, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage, contact individuel avec un professionnel formé à la conduite de l'allaitement) (niveau de preuve 4).

› Objectifs généraux de la PNP

Chacun de ces objectifs est étroitement lié aux autres.

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

› Thème et objectifs des recommandations

Le bon déroulement de la grossesse et le bien-être de l'enfant reposent sur un suivi médical complété par une **préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)** structurée, dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de l'état de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés.

Ces recommandations proposent une approche plus humaniste de la naissance qui favorise la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement. Elle contribue à renforcer l'estime de soi, le sens critique, la capacité de prise de décision et la capacité d'action de la femme ou du couple. De ce fait, le rôle des professionnels et les relations des professionnels de santé entre eux se trouvent modifiés.

La personnalisation de l'accompagnement, la mise en place de dispositifs précoces et leur poursuite, en particulier pour les femmes les plus vulnérables, impliquent une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que soient la discipline et le mode d'exercice.

Cette démarche permet la communication d'informations sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur les possibilités offertes par le système de santé, le développement de compétences parentales et personnelles, nécessaires pour agir en vue d'accueillir et prendre soin de son enfant.

L'évaluation est intégrée à toutes les étapes de la démarche et permet d'ajuster de manière personnalisée le suivi en fonction des besoins.

Ces recommandations ont pour objectifs de proposer aux professionnels de santé une démarche préventive, éducative et d'orientation dans le système de santé qui vise à :

- préparer le couple à la naissance et à l'accueil de son enfant au moyen de séances éducatives adaptées aux besoins et aux attentes de chaque femme et futur père ;
- repérer précocement les difficultés du couple ;
- accompagner chaque couple, et en particulier s'il existe une situation de vulnérabilité, par des dispositifs qui préviennent les troubles de la relation parents-enfant ;
- soutenir la parentalité par des informations et des repères sur la construction des liens familiaux et sur les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- favoriser une meilleure coordination des professionnels autour et avec la femme enceinte et le couple, de l'anténatal au postnatal.

› Populations concernées par les recommandations

La PNP s'adresse à chaque femme enceinte ou couple. Elle doit s'adapter aux besoins spécifiques des femmes dont c'est ou non la première grossesse, en particulier à ceux des adolescentes, des femmes venant de pays étrangers et vivant en France, des femmes ayant un handicap moteur ou sensoriel, et des femmes en situation de précarité ou en difficulté. Les adaptations portent en particulier sur les conditions d'accueil et d'accessibilité, le choix des techniques éducatives et des dispositifs d'aide et d'accompagnement, le suivi.

› Professionnels concernés par les recommandations

Ces recommandations concernent l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité et susceptibles d'intervenir de manière coordonnée autour des femmes et de leur famille de la période anténatale à la période postnatale : sages-femmes, médecins généralistes, médecins spécialistes (gynécologue, obstétricien, pédiatre, pédopsychiatre), infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture des maternités et des services de néonatalogie, psychologues, assistantes sociales, le psychiatre comme partenaire potentiel de celui/celle qui mène l'entretien individuel ou en couple.

Ces professionnels peuvent exercer en établissement de santé, en service de PMI, en secteur libéral, être regroupés ou non en réseau de santé. La continuité et la cohérence du suivi autour de la femme enceinte impliquent une évolution des pratiques dans le sens d'un travail en réseau entre les différents acteurs concernés. L'entretien individuel ou en couple est réalisé par une sage-femme, un médecin, ainsi que la mise en œuvre des séances de PNP.

› Les compétences à développer et à soutenir

Dans le cadre de la PNP, l'éducation est intégrée au suivi de la grossesse et au projet de naissance. Le projet de naissance est la conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale. Il inclut l'organisation des soins avec le suivi médical et la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce à domicile, le recours en cas de difficultés.

L'éducation comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage, d'aide psychologique et sociale et d'évaluation. Les compétences à développer par une femme enceinte ou un couple au terme d'un programme de PNP peuvent concerner :

- la compréhension et l'utilisation des informations ;
- l'apprentissage des techniques de travail corporel ;
- le développement de compétences parentales ;
- le développement de ressources personnelles.

[...]

Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés :

- aux besoins éducatifs identifiés lors de l'entretien individuel ou en couple ;
- aux besoins différents des femmes selon qu'il s'agit d'une première grossesse, d'une grossesse multiple ou d'une grossesse précoce (adolescente) ;
- à chaque stade de la grossesse ;
- aux moments où sont proposées les séances.

› Les techniques éducatives utilisables pour la PNP

L'auto-apprentissage peut compléter les techniques proposées. Il consiste à guider la femme dans la recherche d'informations complémentaires en fonction de ses demandes d'informations, des compétences à développer et de ses caractéristiques. Les sources conseillées doivent être fiables.

L'information écrite est un complément possible à l'information orale. Elle est utile lorsqu'elle incite la femme et/ou le couple à se poser et à poser des questions aux professionnels de santé. Pour cela, elle doit être crédible, synthétique, claire, compréhensible par le plus grand nombre de personnes (éventuellement disponible en plusieurs langues).

Des outils et documents d'informations peuvent être recherchés sur le site de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes www.inpes.sante.fr).

› Les formes de soutien à la parentalité

Le soutien à la parentalité comprend :

- la communication d'informations et de repères sur la construction des liens familiaux et les moyens matériels, éducatifs et affectifs qui permettent à l'enfant de grandir ;
- le développement de compétences parentales comme nourrir l'enfant, réaliser les gestes d'hygiène de base, protéger l'enfant (par exemple concernant les conditions de sommeil), veiller à son bon développement psychomoteur, etc. ;
- le développement de compétences personnelles utiles dans la vie quotidienne comme faire face aux exigences d'un jeune enfant, prendre des décisions et résoudre des problèmes, avoir une réflexion critique, être en capacité de maîtriser son stress ;
- la mise en place de dispositifs précoces durant la grossesse, en particulier en cas de repérage d'une situation de vulnérabilité, ainsi que leur utilisation dès la naissance pour favoriser l'attachement parents-enfant, l'allaitement, la confiance en soi de la mère, la sécurité de la mère et de l'enfant ;
- la poursuite du soutien après la naissance en l'adaptant aux besoins de manière coordonnée.

Les actions de soutien à la parentalité sont incluses dans le contenu de la PNP. Une liste de dispositifs à mettre en place, en particulier à la maternité et à domicile en cas de sortie précoce, est proposée dans l'encadré. Il est recommandé aux professionnels des maternités de réfléchir à une évolution de leurs pratiques et de leur organisation afin de participer au soutien des pratiques parentales.

Exemples d'actions de soutien à la parentalité

- Respecter l'intimité parents-enfant dans les premières heures qui suivent la naissance.
- Encourager un contact physique direct entre le bébé, la mère et le père. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité.
- Aider tout particulièrement les couples faisant face à une situation de prématurité et/ou d'hospitalisation néonatale de longue durée. La séparation dès la naissance entre l'enfant et ses parents complique la création du lien parents-enfant.
- Favoriser la cohabitation 24 heures sur 24 avec le bébé à la maternité (facilitation de l'allaitement, meilleure connaissance des réactions du bébé, etc.).
- Encourager la mère à apporter une réponse chaleureuse et attentionnée aux besoins du bébé (caresser, bercer, parler tendrement, réconforter, jouer et interagir avec lui).
- Donner l'occasion à la femme de s'occuper de son bébé le plus souvent possible.
- Développer la capacité de sollicitude : percevoir et se sentir concerné par les besoins de l'enfant.
- Éviter le retrait précoce du soutien des professionnels en proposant des recours accessibles en cas :
 - de besoin de soutien ou de difficultés pour l'allaitement, les soins à l'enfant, la réponse aux besoins et aux exigences du nourrisson ;
 - d'insécurité à domicile pour la mère ou l'enfant ;
 - de difficultés d'adaptation aux exigences de l'enfant, de fatigue, de risque de maltraitance (enfant secoué en particulier).
- Mettre en contact la femme avec des associations, dispositif de « femmes relais », soins à domicile, soutien à l'allaitement, service d'écoute téléphonique et de réponses expertes, services de PMI, technicienne d'intervention sociale et familiale, aide-ménagère, etc.

➤ **Évaluation individuelle de la PNP**

L'évaluation individuelle fait partie de la PNP. Elle renseigne sur :

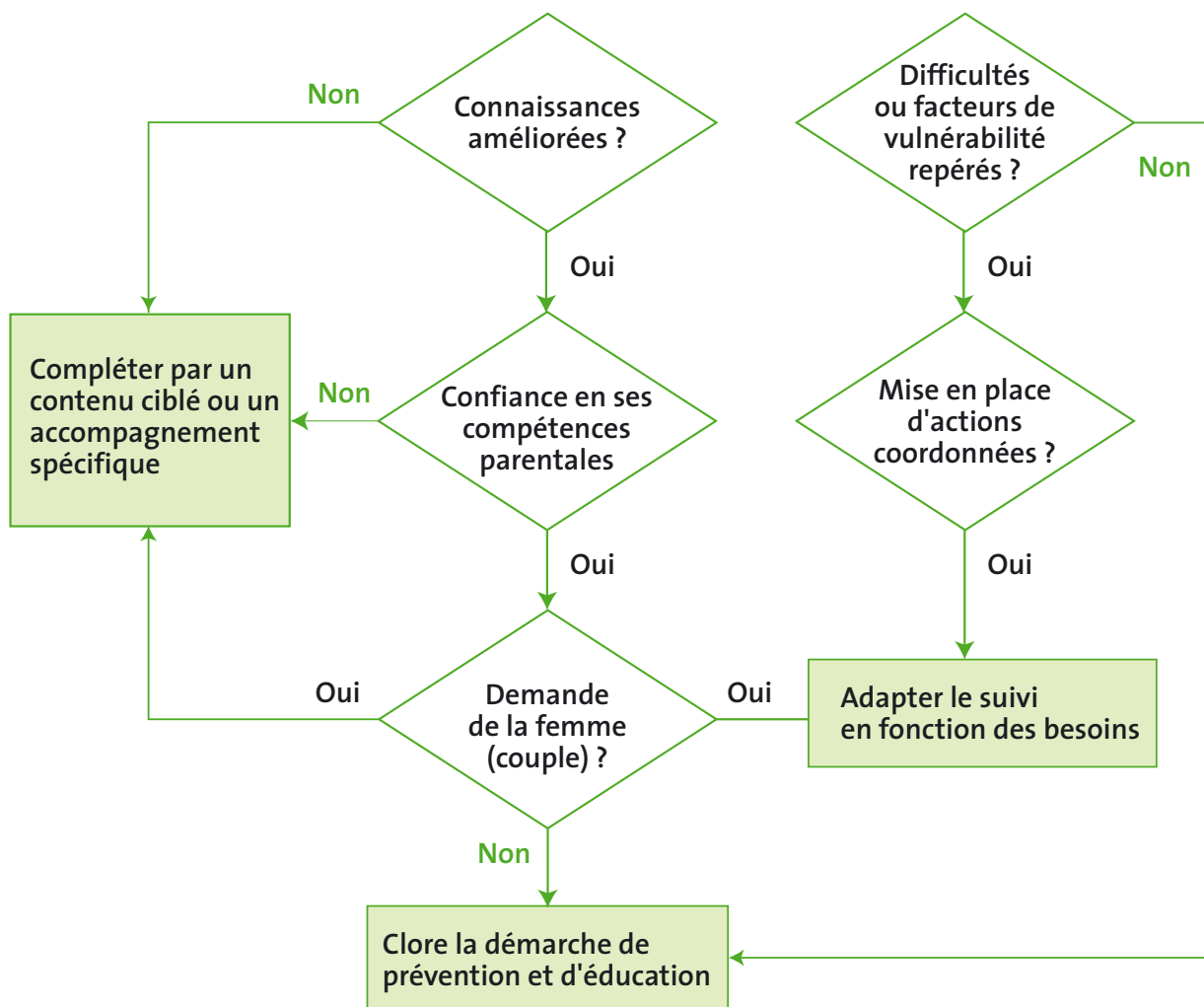
- l'atteinte des objectifs de la PNP, fixés avec la femme enceinte (le couple) lors de l'entretien individuel ou en couple, ceux fixés pour le séjour à la maternité ou pour une sortie précoce à domicile ;
- l'utilité de compléter la PNP par un contenu ciblé ;
- la mise en place et les effets des dispositifs mis en place en cas de situations de vulnérabilité ;
- la qualité de la coordination des différents acteurs activés autour de la femme (du couple), des champs sanitaire, social et médico-social ;
- la nécessité d'adapter le suivi en fonction des besoins, en particulier en cas de difficultés anticipées avant la naissance ou décelées après la naissance ;
- la clôture de la démarche de prévention et d'éducation.

ANNEXES - PRÉVENTION PÉRINATALE

L'évaluation individuelle doit être considérée comme un acte de communication entre le (ou les) professionnel(s) de santé qui accompagne(nt) la femme ou le couple quel que soit le moment où elle a lieu. Elle a comme caractéristiques d'être continue et intégrée à chaque étape de la PNP.

- Au cours des séances prénatales, durant le séjour à la maternité ou à domicile en cas de sortie précoce, l'évaluation permet un réajustement immédiat par un questionnement adapté et une observation en situation.
- Au minimum, aux moments clés entre les étapes de la PNP (à la fin des séances prénatales, avant la sortie de la maternité, à domicile en cas de sortie précoce ou à la demande de la femme ou du couple), l'évaluation permet de compléter les informations, les connaissances et le soutien à la parentalité par un contenu, des actions et/ou des dispositifs de soutien et d'adapter le suivi en fonction des besoins.

L'évaluation individuelle est facilitée par l'utilisation d'instruments d'évaluation proposés à titre d'exemple.



› Organisation générale des séances

L'état actuel des connaissances ne permet ni de proposer un nombre, une fréquence, ou une durée optimale pour chacune des séances, ni de définir la taille idéale d'un groupe de participants (méthode de randomisation et de répartition dans les groupes insuffisamment décrite dans les études, effectifs faibles, critères de jugement variables d'une étude à l'autre, hétérogénéité des programmes d'interventions).

Les séances prénatales doivent être planifiées par le professionnel qui les assure avec chaque femme afin qu'elle puisse bénéficier de l'ensemble des séances avant la naissance. La planification tient compte des possibilités de participation des femmes et des futurs pères, et de la disponibilité du professionnel de santé.

› Nombre de séances

En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels). Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1er trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple.

› Participants

Le nombre de participants peut être modulé selon le type d'activité éducative proposé. La taille du groupe doit favoriser la participation active des participants. Les séances doivent être ouvertes aux futurs pères.

› Durée et fréquence des séances

La durée de chaque séance doit être suffisante pour donner des informations, permettre le développement des compétences et mettre en pratique un travail corporel. La durée de chaque séance doit être adaptée au thème abordé et à la technique éducative utilisée.

La fréquence des séances dépend des techniques de travail corporel utilisées (exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme ; techniques de détente et de respiration pour faciliter la naissance ; positions de protection du dos pendant la grossesse et après la naissance). De nombreuses approches sont proposées en France mais aucune n'a été évaluée.

› Programme de PNP

Il est recommandé de présenter les séances de PNP au cours de l'entretien individuel sous la forme d'un programme comportant les objectifs, le contenu, les techniques de travail corporel, les techniques éducatives, la fréquence, la durée et le déroulement des séances, les modalités d'évaluation afin :

- de présenter les possibilités locales de PNP au sein du réseau périnatal ou des ressources de proximité (maternité des établissements de santé, secteur libéral, service de PMI) ;
- de permettre à la femme ou au couple de choisir le programme qui satisfera le mieux leurs besoins (première grossesse, multiparité, grossesse précoce) et leurs aspirations ;
- de planifier individuellement les séances en fonction des besoins de prévention et d'éducation de chaque femme ou couple ;
- d'adapter dans la mesure du possible leur contenu à chaque femme enceinte ou couple.

ANNEXE 5

Le soutien aux parents durant le séjour à la maternité

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

Les recommandations internationales proposent aux professionnels de santé des maternités de modifier les pratiques et les organisations de travail afin :

- d'accompagner la création du lien parents-enfant (attachement) et plus globalement la construction des liens familiaux ;
- de favoriser le transfert des pratiques parentales du contexte d'apprentissage des séances prénatales à celui de l'arrivée de l'enfant et du retour au domicile ;
- de renforcer la confiance des parents dans leur capacité à s'occuper de leur enfant.

La littérature internationale et l'expérience des professionnels soulignent que les séances postnatales ne concernent pas que les sorties précoces. Elles sont profitables aussi aux mères n'ayant pas eu un séjour raccourci en maternité pour s'assurer du transfert au domicile des compétences développées durant les séances prénatales et à la maternité, améliorer la durée et l'exclusivité de l'allaitement et améliorer le bien être des femmes.

L'effet préventif des séances a été démontré sur la dépression postnatale lorsque les interventions postnatales sont précoces et prolongées, en particulier chez les mères à risque, le risque étant évalué de manière variable selon les études (niveau de preuve 1). Quelle que soit la population de femmes, les interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du post-partum ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

La poursuite de la PNP suppose une entente et des modalités de coordination entre les divers intervenants. Le groupe de travail considère que la PNP effectuée durant toute la période prénatale devrait être poursuivie après la naissance dans les situations suivantes :

systématiquement à la maternité après la naissance : sous forme de guidance ou de soutien individuel, et de séances collectives thématiques en fonction des besoins des femmes. Ces séances font partie de la démarche de soins ;

- *systématiquement en cas de sortie précoce* : les séances sont prises en charge dans le forfait d'accouchement [du jour de sortie à J 7 en cas de sortie précoce (nomenclature générale des actes professionnels, consultée en septembre 2005)].

Les dispositifs prévus pour le renforcement des compétences et le soutien de la fonction parentale sont : l'hospitalisation à domicile, les services de PMI, les sages-femmes libérales, les médecins généralistes et les pédiatres, les réseaux de santé) :

- *en cas de besoins particuliers* décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant : l'intervention de professionnels de santé pour un suivi éducatif et préventif prolongé en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents devrait être possible et prise en charge par le système d'assurance maladie.

La consultation postnatale de la mère dans les 8 semaines postnatales ainsi que l'examen à 1 mois prévu dans les examens médicaux obligatoires pour l'enfant sont trop tardifs pour qu'un suivi adapté soit mis en œuvre de manière efficace, en particulier en cas de situation de vulnérabilité ou de difficultés. Le groupe de travail recommande que le premier examen médical de l'enfant ait lieu à 15 jours et qu'une consultation pour la mère soit faite dans le mois qui suit la naissance. Des repères sur les compétences du nouveau-né, sur son développement sensoriel et psychomoteur, sur ses différents rythmes, notamment de sommeil, pourraient être judicieusement donnés à un moment de plus grande réceptivité des messages par la mère (les parents).

La consultation postnatale a des objectifs spécifiques et doit être maintenue dans les 6 à 8 semaines suivant la naissance (Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. HAS. 2005) :

- discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale ;
- encourager la femme à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc. ;
- rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.) ;
- aborder avec tact des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels ainsi que les difficultés éventuelles.

La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du post-partum (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines.

Il est recommandé que les moyens nécessaires à l'organisation, la coordination d'un suivi adapté aux besoins des enfants et des couples et à leur application effective sous des formes variées (séances à domicile en postnatal, accompagnement téléphonique avec mise en place d'un numéro d'appel) soient mis en œuvre.

ANNEXE 6

Coordination des professionnels durant la période périnatale

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences à chaque étape de la PNP pour les mettre au service des familles.

Les professionnels de santé doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, promouvoir un accompagnement à la naissance le mieux adapté aux besoins des femmes et des futurs parents. Il est recommandé aux professionnels de santé :

- le suivi de la femme ou du couple puis de l'enfant, de la période prénatale à la période postnatale. Cette coordination doit être mise en place pour chaque femme, dès l'entretien individuel ou en couple du 1er trimestre de la grossesse. Un accompagnement débuté en période prénatale doit être réévalué pour se poursuivre si besoin de manière adaptée en période postnatale. Parmi les professionnels impliqués dans le suivi, celui qui a réalisé l'entretien individuel ou en couple est le plus à même d'exercer cette fonction. La fonction de coordination peut être partagée par plusieurs professionnels au cours du suivi, en particulier lorsque la situation est complexe. La fonction de coordination pourrait se voir reconnue ;
- *d'organiser un partage, entre les différents professionnels, des informations médicales, psychologiques et sociales réunies dans un dossier périnatal sous la forme d'une synthèse de l'entretien individuel et des évaluations successives de la situation à chaque étape de la PNP. Ces informations doivent être accessibles à la femme.*

Chaque acteur peut partager l'information, si la femme y consent, donc en comprend l'intérêt et devient actif dans cette transmission. Les réelles situations de danger comme la violence sur mineur, l'isolement extrême, impliquent pour le professionnel une obligation de signaler les faits.

Les différents acteurs concernés quels que soient le mode d'exercice et la discipline doivent faire preuve de discernement au moment du partage des informations, en particulier pour les femmes en situation de vulnérabilité. La liste de questions proposée en annexe 1 peut les y aider. Les transmissions par téléphone devant la femme, leur participation au choix des informations à transmettre, consolident la confiance des couples dans le système de santé.

La possibilité de consigner ses observations personnelles sur un support (carnet de maternité, livret d'un réseau périnatal, etc.) doit être offerte à la femme enceinte. Ces observations personnelles peuvent concerner la planification des séances de PNP, un résumé du contenu des séances, des questions que la femme souhaite poser lors de la prochaine séance, des éléments de cheminement personnel.

ANNEXE 7

Adapter l'accompagnement périnatal en fonction des besoins et des difficultés

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

En réponse à des facteurs de vulnérabilité ou des demandes d'aide formulées par la femme ou le couple, tout particulièrement pour des familles connaissant des vulnérabilités de nature sociale ou psychologique, des dispositifs d'aide et d'accompagnement doivent être proposés.

La littérature suggère (sans résultat significatif en population générale) qu'un soutien de qualité le plus précoce possible pendant la grossesse et après la naissance constitue un facteur de prévention de maltraitance et de psychopathologie infantile et adolescente.

Le groupe de travail recommande que la mise en place des dispositifs d'aide et d'accompagnement, quel que soit le moment de la période périnatale, s'accompagne :

- d'un contact avec les acteurs les plus à même de répondre, si possible lors d'un entretien téléphonique en présence de la femme ou du couple ;
- d'une coordination des actions autour de la femme et du couple, qui implique un travail en réseau entre les divers professionnels concernés, sanitaires (quels que soient leur mode d'exercice et leur discipline), sociaux et médico-sociaux ;
- d'un accord de la femme ou du couple et du respect de leurs souhaits vis-à-vis des démarches ou des contacts pris auprès de ces professionnels ;
- de règles de transmission interprofessionnelle d'informations, qui permettent à la femme et à son entourage de garder confiance dans le système de soins et de rester au centre du dispositif activé autour d'eux ;
- d'un lien avec le médecin traitant ;
- d'un suivi de la période anténatale à la période postnatale ;
- d'une définition en commun des bonnes pratiques professionnelles qui favorisent et soutiennent la fonction parentale ;
- d'un inventaire des dispositifs et des ressources locales (acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, structures, etc.) qui doivent être mis à disposition des professionnels de santé. Cet inventaire pourrait être élaboré à l'initiative des réseaux établis dans le champ de la périnatalité.

› Exemples de dispositifs d'aide et d'accompagnement, adaptés aux difficultés des femmes enceintes et ayant accouché

- En cas de consommation de drogues, d'alcool et de tabac : encourager l'arrêt de leur consommation et orienter la femme vers une consultation d'aide au sevrage et un service médico-social spécialisé pour être aidée. Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du numéro vert de Drogues Alcool Tabac Info Service (0 800 23 13 13) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr).
- Devant une situation de précarité ou un risque social : accompagnement des femmes (du couple) dans les démarches de soins, d'hébergement : « adultes relais », « femmes relais », réseau d'aide associatif, interprète, points de rencontre pour les femmes enceintes, lieux d'accueil parents-enfants, travailleur social, permanence gratuite pour avis juridique.
- En cas de violence domestique : travail en réseau de professionnels activé autour de la femme et du couple : sage-femme et puéricultrice de PMI, technicienne d'intervention familiale, médecin traitant, psychologue, etc. Des renseignements et des contacts utiles peuvent être recherchés sur le site du ministère des Affaires sociales (www.sante.gouv.fr/html/actu/violence/).
- Pour les femmes ayant un handicap sensoriel ou moteur ou une maladie invalidante, ou venant d'un pays étranger : faciliter leur vie dans les domaines où elles sont mises en difficulté du fait de leur handicap ou maladie, ou situation
- (accessibilité aux locaux, clarté, simplicité et compréhension des informations, interprète, etc.).
- Pour les parents soucieux d'être accompagnés dans leur fonction parentale : réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents (www.familles.org).

ANNEXE 8

Le parrainage de proximité

Le parrainage propose une solidarité de proximité et de soutien à la parentalité. La Charte et livret pratique (arrêté du 11 août 2005) proposent un cadre sécurisé et sécurisant pour chaque acteur – parent, enfant, parrain, partenaire institutionnel, pratique associative. Il s'appuie totalement sur le droit commun : code civil, code de l'action sociale, toutes les autres dispositions légales. La relation de parrainage est formalisée par un écrit concrétisant un engagement réciproque volontaire et bénévole. Elle est totalement légitimée par les pouvoirs publics qui y reconnaissent la capacité de chaque individu à nouer des relations personnelles en dehors d'un cadre strictement familial. Reconnu comme une aide à la parentalité, le parrainage intervient parfois en complément de dispositifs d'accompagnements professionnels – aide à domicile, accompagnements sociaux, AEMO, voire placement. N'étant pas une mesure de protection, il ne peut s'y substituer ni les remplacer.

L'objectif est de donner la possibilité à tout enfant – quel que soit son âge – de bénéficier de liens privilégiés avec un adulte et/ou une famille sur un temps suffisamment long pour permettre à une réelle relation affective de se nouer. Cet adulte peut déjà être connu de l'enfant et faire partie de son entourage ou recherché en dehors de celui-ci, notamment en cas d'isolement relationnel ou social.

La demande émane le plus souvent des parents qui voient une possibilité de soutien tant pour l'enfant que pour eux-mêmes. Parfois la demande émane du service de PMI, service social, maison d'enfant à caractère médical ou social, aide Sociale à l'Enfance qui voient la possibilité d'une ouverture et d'un soutien complémentaire aux actions déjà engagées.

Les mises en œuvres associatives sont très diverses et s'appuient parfois sur des lieux de soutien à la parentalité (café des parents, soutien scolaire), sur des institutions.

Les enfants parrainés sont de tous les âges, la demande allant croissant pour les enfants d'âge « collègue », parfois pour de grands adolescents à la limite de la majorité.

Le parrainage est une des réponses qui peut être apportée à une question d'isolement familial, voire social, à un besoin de soutien affectif supplémentaire pour un enfant. Il s'inscrit dans un ensemble vaste d'actions de solidarités et parfois d'actions de protection, dans les actions de soutien à la parentalité en réseau notamment au sein des REAAP : espace parental, maison des parents...

ANNEXE 9

Les Réseaux d'Écoute d'Appui et d'Aide à la Parentalité (REAAP)

Ce dispositif a pour objectif d'accompagner les familles dans les moments clés du développement des enfants (naissance, changement de rythme de vie, disparition d'un parent, rupture conjugale et recomposition familiale...).

Ils se caractérisent par :

- des actions d'accompagnement de parents de jeunes enfants, de prévention ;
- dans des lieux d'accueil enfant-parents : espaces de détente, de rencontre, d'échange et de jeux ouverts à tout enfant de moins de quatre ans accompagnés ;
- dans le but d'aider et accompagner des parents pour construire et faire évoluer de façon positive et harmonieuse leur relation avec leur enfants.

Leur finalité : combattre l'isolement et la solitude, soutenir et valoriser les compétences des mères et des pères, offrir aux enfants un lieu d'apprentissage de la vie sociale, faciliter la vie des familles et favoriser la vie sociale du quartier.

Les REAAP offrent des actions très diverses. Elles abordent notamment les questions relatives aux besoins de l'enfant, aux relations parents-enfants et à l'éducation dans le milieu familial (question relative à l'autorité, à la gestion des conflits et aux respects des règles de vie, à la fixation de repères et de limites, aux relations familles écoles...).

Les REAAP participent à la mise en place de modules de soutien à la responsabilité parentale dans le cadre du dispositif d'assiduité scolaire, à la facilitation des relations entre les familles et l'école, au soutien aux parents de préadolescents et d'adolescents.

L'ensemble de ces actions vise à favoriser les conditions de l'échange entre les parents et les professionnels, dans ou à proximité des lieux et structures d'accueil et de socialisation des enfants et des parents.

Les actions développées ont également pour objectif de valoriser les compétences des parents, dans le but de les aider à surmonter les difficultés ponctuelles liées à l'exercice de la fonction parentale, tout en concourant au développement du bien-être et de l'épanouissement des enfants. En cela, le dispositif des REAAP concourt à la prévention et à la protection précoce des enfants.

ANNEXE 10

Le rôle des caisses d'allocations familiales en matière de prévention

Les Caf développent diverses actions dans le cadre de la prévention.

Le réseau des Caf occupe une place essentielle dans la prévention globale des difficultés familiales dans une vision élargie de la protection de l'enfance.

Les Caf s'appuient pour cela sur leurs professionnels de l'intervention sociale : assistants de travail social, conseillers en économie sociale et familiale, techniciennes de l'intervention sociale et familiale, agents de développement, conseillers techniques... dont la diversité et la complémentarité d'intervention permettent une offre institutionnelle adaptée au plus près des populations.

Par ces initiatives, les Caf cherchent à répondre aux nouvelles attentes des familles et à soutenir leur participation. Tel est notamment le cas de nouveaux « lieux ressources » proposés aux parents qui, sous des dénominations diverses « espace famille », « boutique de la famille », « maison de la famille » qui répondent à de nouvelles attentes des parents :

- besoin d'écoute pour être soutenus dans leurs interrogations, voire leurs difficultés, quant à l'exercice de leur rôle de parent ;
- besoin d'échanges, avec d'autres parents, ou avec des professionnels, afin d'être confortés dans leur rôle éducatif ;
- besoin de conseil et de soutien pour rechercher les réponses liées à leur vie familiale tels que l'accès aux droits sociaux et légaux, la gestion du budget familial, les conflits familiaux.

Les Caf initient des actions proposées aux « moments-clés de la vie des familles » : préparation de l'arrivée et naissance de l'enfant, différentes étapes de la vie de l'enfant (petite enfance, scolarité, adolescence...), séparation, isolement social, difficultés liées au logement...

Diverses actions d'animation de groupes de paroles ou d'échanges, d'ateliers d'écriture ou de théâtre forum avec des parents...

Par ailleurs, l'action sociale des Caf a toujours été attentive aux familles ayant de grands enfants. Agir en continuité de **l'accompagnement précoce de la parentalité** jusqu'au moment charnière de la prise d'autonomie de l'enfant répond à la vocation préventive de l'action sociale des Caf.

ANNEXE 11

Les lieux d'accueil enfants parents

Les lieux d'accueil enfants parents offrent un espace de parole, de rencontre et d'échange, en dehors de toute visée thérapeutique. Ils constituent un outil de prévention primaire par un accompagnement précoce de la fonction parentale.

Ils ont pour objectifs en favorisant la participation des parents de :

- conforter la relation parents-enfants ;
- favoriser la socialisation de l'enfant et préparer son autonomie ;
- rompre l'isolement social d'un certain nombre de parents ;
- prévenir les situations de danger auxquelles pourraient être exposé l'enfant.

Les Laep sont des lieux dédiés à l'ensemble des familles qui les accueillent, et les soutiennent dans un cadre neutre et bienveillant dans l'exercice de leur fonction parentale et éducative.

De part les objectifs qu'ils poursuivent, ils s'inscrivent dans le champ de la protection de l'enfance au titre des actions de prévention précoce des troubles de la relation enfant-parents.

Ces temps d'accueil spécifiques permettent, en effet, de :

- préparer parents et enfants à la séparation avant l'accueil dans un mode de garde ou l'entrée à l'école maternelle par exemple ;
- participer à l'éveil et à la socialisation de l'enfant ;
- favoriser les passages de l'enfant du milieu familial au milieu social ;
- rompre l'isolement d'un certain nombre de parents par la création de liens avec d'autres adultes ;
- apporter un appui aux parents dans l'exercice de leurs rôles et fonctions par l'échange avec d'autres parents ou avec des professionnels.

ANNEXE 12

La médiation familiale

La médiation familiale a été institutionnalisée par **la loi sur l'autorité parentale du 4 mars 2002** et par la création, en 2003, d'un diplôme d'État de médiateur familial.

Il s'agit d'un temps d'écoute, d'échanges et de négociations qui permet d'aborder un conflit, une rupture familiale ou une séparation conjugale en prenant en considération très concrètement les besoins de chacun, notamment ceux des enfants.

Les ruptures d'unions fragilisent le lien parent-enfant pourtant essentiel à son développement. Les analyses statistiques démontrent qu'une proportion importante d'enfants ne voit plus le parent chez qui ils ne résident pas habituellement après une séparation ou un divorce. Ces ruptures d'unions s'accompagnent souvent de conflits qui peuvent avoir des répercussions sur l'épanouissement et la vie des enfants.

La médiation familiale s'inscrit alors dans le domaine de la prévention puisqu'elle prévient la dégradation des liens familiaux. En outre, elle permet de traiter le problème à la source au lieu de le focaliser sur l'enfant par le biais de mesures éducatives, elle favorise la prise de conscience des difficultés observées et l'émergence d'un contrat parental d'éducation plutôt que de s'y substituer. Elle intervient aussi sur le danger d'errance ou de déviance de l'enfant ou de l'adolescent en situation de conflit familial.

La médiation familiale peut être également entendu dans le contexte plus spécifique de la protection de l'enfance car elle est une réponse spécifique à certaines situations de danger pour les enfants (notamment pour les ruptures familiales), aux conflits de loyauté, pour les familles en situation d'AEMO...etc. Elle permet alors de participer au travail d'accompagnement de la mesure d'AEMO, soutenir les familles avant, pendant et au retour d'un placement.

> Objectifs

L'objectif premier de la médiation familiale est d'aider à la restauration et à la construction de liens familiaux dans la durée, notamment au moment où se défont des liens affectifs qui ont fondé la relation conjugale et familiale.

Elle possède également un rôle de soutien à la parentalité en accompagnant les parents dans leur rôle et leurs responsabilités éducatives (y compris en cas de séparation), en favorisant les conditions de la construction et du maintien des liens enfants-parents. Le but étant de préserver les liens familiaux et de maintenir un environnement favorable à l'enfant (définition des besoins de l'enfants, organisation de la vie quotidienne : la scolarité, la santé, les loisirs, la religion, les relations avec l'ensemble des membres de sa famille...), modalités d'accueil des enfants chez leur père et leur mère, contribution financière de chacun des parents relatives à l'éducation des enfants, etc.

> Les principes

La médiation familiale peut être à l'initiative soit de la personne directement concernée par un conflit, soit du juge qui peut la proposer au cours d'une procédure judiciaire civile (divorce, pension alimentaire, droits de visite...). Toutefois, la médiation familiale est un processus qui ne peut exister qu'avec l'accord éclairé de chacune des parties.

Le public concerné par cette action est avant tout des couples ou parents en situation de rupture, séparation, divorce ; des jeunes adultes en rupture de liens avec leur famille, des grands parents qui souhaitent garder des liens avec leurs petits enfants ; des familles recomposées ayant à faire face à des conflits familiaux de nature organisationnelle.

La médiation familiale se déroule en deux temps :

- *L'entretien d'information* au cours duquel le médiateur familial présente les objectifs, le contenu et les thèmes qui seront abordés. Les personnes concernées ont ainsi toute latitude pour accepter ou refuser de s'engager dans la médiation en toute connaissance de cause. Cet entretien est sans engagement et gratuit.
- *Les entretiens de médiation familiale* : d'une durée de une heure trente à deux heures, leur nombre varie selon la situation et les sujets à aborder. Une participation financière est alors demandée. Si les parties parviennent à un accord, elles peuvent demander au Juge de l'homologuer.

Le médiateur familial est un professionnel qualifié, formé aux techniques spécifiques de médiation familiale.

ANNEXE 13

Les espaces de rencontre

Un espace de rencontre est un lieu neutre associatif ou public où des enfants viennent rencontrer le parent avec lequel ils ne résident plus lors d'une séparation. Ils peuvent également y voir d'autres membres de leur parenté (grands parents, fratrie...) si ceux-ci sont titulaires d'un droit de visite.

Les espaces de rencontre sont préconisés dans toute situation où une relation enfants-parents et/ou l'exercice d'un droit de visite est interrompu, difficile ou trop conflictuel. Ils répondent ainsi aux situations de divorce, de séparation conjugale ou familiale. Les juges aux affaires familiales peuvent en être prescripteurs au travers d'une ordonnance mais ils peuvent être demandés par les parents eux-mêmes.

Ils répondent également à des situations prises en charge dans le cadre d'un placement et sont alors adressées par le service social ou le juge des enfants.

Les espaces de rencontre sont dotés d'un socle éthique et déontologique commun.

> Les objectifs

Les espaces de rencontre préservent l'intérêt de l'enfant dans une procédure de séparation. Ils permettent un soutien à la rencontre de l'enfant avec son parent, favorisent l'établissement ou le maintien ou la reprise de leur relation. En effet, un enfant ne peut attendre, pour se voir assurer l'accès à ses deux parents, que leur conflit, alimenté par la procédure de séparation, se termine.

Dans ces circonstances, un lieu extérieur au domicile de chacun des parents est nécessaire pour maintenir et préserver la relation de l'enfant avec le parent dont il est séparé. Pour cela, différents lieux peuvent être envisagés mais l'espace de rencontre ne doit être indiqué que quand aucune autre solution ne peut être envisagée, qu'il s'agisse de droit de visite ordonné par le juge aux affaires familiales ou par le juge pour enfants.

> Les principes

Les principes des espaces de rencontre reposent sur :

- **un recours exceptionnel** : le magistrat a évalué avec les parties qu'aucun autre contexte ne peut être envisagée comme solution d'accès de l'enfant à son parent ;
- **une désignation transitoire** : l'intervention est limitée dans le temps par une évaluation du magistrat et des parties appréciant le maintien de la relation enfant- parent et la possibilité de son exercice hors de l'espace de rencontre.

L'organisation des rencontres peut prendre des formes multiples :

- rencontres à l'intérieur des locaux ;
- rencontres avec sortie possible des locaux ;
- hébergement ;
- accompagnement du passage de l'enfant d'un parent à un autre.

Les modalités de rencontres sont fixées soit par ordonnance des magistrats, ou par convention passée entre les parties lorsque la demande vient des parents. C'est à partir de l'évolution de la relation enfant-parent que de nouvelles modalités de rencontres émergent entre les parents eux-mêmes (meilleur accord) ou sont décidées par le magistrat, ou par les services sociaux qui ont sollicité la prestation de l'espace de rencontre.

› Les modalités

Les professionnels exerçant dans les espaces de rencontre :

- soutiennent la relation, et non chaque individu personnellement (une démarche d'aide personnelle pouvant être indiquée à l'extérieur en complément de ce qui se vit à l'espace de rencontre) ;
- assurent l'application et respect de la loi relative au droit de l'enfant et aux prérogatives de l'autorité parentale ;
- se positionnent à l'articulation de la relation qui se crée ou se recrée ;
- soutiennent la mise en place d'une relation adaptée entre enfant et parent ;
- veillent aux garanties nécessaires à l'enfant dans l'évolution de la relation.

Tout incident grave ou comportement particulier contrevenant aux principes de la protection de l'enfance ou au règlement intérieur de l'espace de rencontre fait l'objet d'une information aux juridictions compétentes. En dehors de ces circonstances exceptionnelles, le déroulement des rencontres ne fait pas l'objet d'un rapport. Une attestation d'effectivité de la rencontre peut être remise à chacun des parents à toute fin de droit.

Il est souhaitable que les équipes travaillant dans les espaces rencontres soient des équipes pluridisciplinaires. Leur qualification pourrait être double :

- qualification de base du champ social, de la psychologie, du champ médical, et plus rarement de l'enseignement, du droit... ;
- formation complémentaire spécifique à l'intervention en espace de rencontre.

Dans tous les cas, il est utile que les équipes connaissent les effets du conflit sur les personnes, soient en capacité d'identifier les processus psychiques à l'œuvre et possèdent des connaissances juridiques. L'analyse des pratiques, voire la supervision, sont bien sûr des outils de régulation considérés comme essentiels par les professionnels des espaces de rencontre.

Afin d'organiser au mieux les rencontres entre les parents et leur enfant, il est souhaitable de proposer des conditions sécurisantes et adaptées.

Le nombre d'intervenants doit être suffisant pour :

- assurer un encadrement à chaque temps d'ouverture ;
- apporter un soutien à la relation enfant - parent en évitant que le parent ou l'enfant ne se réfèrent exclusivement à un intervenant ou que l'intervenant ne s'engage dans une relation d'aide. L'axe principal du travail doit rester la rencontre d'un enfant avec son parent et non la rencontre de chacun d'entre eux avec un intervenant.

Les locaux doivent :

- être adaptés à l'accueil de familles, comprenant parfois des enfants très jeunes ;
- permettre d'assurer la sécurité physique et le confort minimum des usagers ;
- être composés d'espaces appropriés pour accueillir éventuellement plusieurs situations en même temps ;
- comprendre, si possible, un lieu permettant de partager un repas ou un goûter.

Afin de permettre aux enfants et aux parents de se rencontrer, il est important de favoriser les rencontres sur des temps où chacun peut se trouver disponible (hors temps scolaires ou professionnels), particulièrement les mercredis, samedis, et éventuellement les dimanches, ou encore après 17 h en semaine.

Les espaces rencontre sur le territoire français doivent être répartis sur le territoire pour assurer un égal accès des enfants à leurs parents sur tout le territoire national, et éviter de longs déplacements.

ANNEXE 14

La prévention spécialisée

La prévention spécialisée, action éducative s'adressant à des groupes de jeunes à partir d'un travail dans la proximité de leur lieu de vie, est née après la guerre en milieu urbain.

Ses principes fondateurs, une action éducative s'exerçant sans mandat nominatif et respectant la libre adhésion et l'anonymat des personnes concernées, sont repris et officialisés par l'arrêté du 4 juillet 1972, complété de huit circulaires qui fixèrent un cadre juridique souple, adapté et novateur.

La loi du 6 janvier 1986 a transféré aux Présidents de Conseils généraux les compétences de l'Aide Sociale à l'Enfance, dont la prévention spécialisée est l'une des missions. Celle-ci est précisée dans les articles L 121-2 et L 221-1 du code de l'action sociale et des familles qui stipule que le département a « une mission de prévention de la marginalisation et d'aide à l'insertion dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale. ».

L'ordonnance du 1^{er} décembre 2005 relative aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux qui assimile les structures de prévention spécialisée à des établissements sociaux et médico-sociaux relevant désormais de la loi du 02 janvier 2002, réformant l'action sociale.

La prévention spécialisée s'inscrit dans la politique de protection de l'enfance dont les orientations sont déclinées dans le schéma départemental de protection de l'enfance et plus largement dans les politiques sociales, urbaines, économiques et culturelles du Département.

Dans le domaine de la protection de l'enfance, la prévention concerne aussi bien la prévention des inadaptations sociales que la prévention de la maltraitance mais aussi de la délinquance et des conduites à risques. Elle prend en compte les données de contexte départemental, local et national, afin de s'inscrire dans une logique de politique globale d'action sociale.

La prévention spécialisée, action d'éducation et de socialisation, apporte une contribution spécifique, sans se substituer aux deux institutions fondamentales en matière éducative que sont la famille et l'école. Elle est destinée à faire face à des situations de fragilité affective, de rupture par rapport à l'environnement social et familial, d'exclusion quant à l'accession aux savoirs, à la culture, à la santé. À partir d'un travail de rue, elle s'adresse prioritairement aux groupes de jeunes exclus dont les relations avec l'environnement sont difficiles, parfois conflictuelles et qui ont souvent rompu le dialogue avec les adultes et les institutions.

> Les objectifs

Les grands objectifs de cette action éducative sont de :

- prévenir les risques d'exclusion en favorisant l'accès aux droits, à l'éducation, à la santé, à la culture et aux sports ;
- prévenir les conduites à risques qui peuvent être liées à des fragilités individuelles, à la dureté de certains contextes sociaux et urbains, à des violences subies... ;
- aider à un meilleur dialogue entre jeunes et adultes et contribuer à favoriser l'émergence de réseaux de solidarités locales à partir des potentialités du milieu.

> Les principes

La mise en place des actions s'appuie sur des valeurs de solidarité, de lutte contre les exclusions et sur les principes suivants :

L'absence de mandat nominatif implique que les personnes rencontrées ne sont désignées nominativement, ni par l'instance administrative, ni par l'instance judiciaire, mais que les équipes aient un mandat global pour intervenir auprès de jeunes et de familles fragilisés sur un ou plusieurs quartiers.

La libre adhésion du public différencie la prévention spécialisée de l'action éducative avec mandat, car elle met en œuvre une approche des jeunes fondée sur l'acceptation mutuelle de la relation. Elle exprime la démarche « d'aller vers » les jeunes les plus fragilisés de façon volontaire, mais respectueuse du temps nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance.

Le respect de l'anonymat découle des deux premiers principes, c'est une exigence de discrétion qui garantit la crédibilité d'une relation basée sur la confiance.

Le partenariat est indispensable ; l'action éducative est le maillon d'une intervention plus large et n'a de sens que si elle est conduite avec les autres acteurs institutionnels ou militants. Inscrite dans la politique de la ville, la prévention spécialisée est un acteur du développement social.

La non institutionnalisation signifie que la prévention spécialisée doit être souple et s'adapter en permanence à l'évolution de l'environnement, son objectif n'est pas de laisser perdurer son activité sur un même site, mais d'installer des relais. Des diagnostics réguliers doivent permettre d'indiquer s'il y a nécessité de reconduire une action ou de la redéployer sur un autre secteur.

› Une démarche éducative

La prévention spécialisée est une action éducative qui permet de redonner confiance aux jeunes, en les aidant à construire un projet grâce aux relations de confiance et de soutien instaurées auprès d'eux. La confrontation à l'adulte leur permet de prendre conscience des règles, de la loi, et d'apprendre à les respecter.

L'objectif de socialisation des adolescents, la durée de l'accompagnement éducatif, le travail sur les liens sociaux situent la prévention spécialisée dans un champ plus large que la prévention de la délinquance. Afin de prévenir les risques de confusions, il est nécessaire de situer clairement la prévention spécialisée dans le champ éducatif. Elle participe au bien être collectif (par exemple vivre mieux sur son quartier) ou individuel (par exemple trouver des points de repère constructifs ou être rassuré sur son propre devenir...), en ce sens elle contribue à produire de la sécurité.

› Les modes d'intervention

Les pratiques des équipes éducatives sont plurielles et s'appuient sur des supports diversifiés, citons notamment :

Le travail de rue : il constitue la clef de voûte et la spécificité de l'action des équipes. La prévention spécialisée va au contact des jeunes, dans leurs lieux de regroupement ou de passage selon leurs rythmes de vie.

Les actions collectives : leur pertinence est à réaffirmer, le groupe étant support à la socialisation et à la recherche de solidarités. La prévention spécialisée, de par sa connaissance des phénomènes de groupes, des enjeux de quartier, peut transformer en énergies positives des forces qui « agitent » les groupes et aider à la résolution de conflits ou à des médiations.

Les actions communautaires : elles doivent être développées dans le cadre d'un partenariat et d'une démarche de développement social. A cette fin, il est nécessaire de s'appuyer sur les ressources locales et sur la participation des habitants et des jeunes, afin de favoriser et participer à la dynamique collective de quartier.

L'accompagnement éducatif individuel : il se réalise au travers notamment du soutien psychoaffectif, de l'aide à la réalisation de projet. L'action éducative participe également au renforcement de la fonction parentale.

Inspection Générale des Affaires Sociales

La prévention sanitaire en direction des enfants et des adolescents

Rapport n°2003-024, Paris, février 2003

M.TRICOIRE, J.POMMIER, J.P.DESCHAMPS

La santé scolaire en France : évolution et perspectives

Santé Publique, septembre 1998 vol 10 n°3 p.257-267

Marie-Thérèse HERMANGE

Rapport périnatalité et parentalité

réalisé à la demande de Philippe BAS - 2005

Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes Âgées, aux Personnes Handicapées et à la Famille.

Françoise MOLENAT

mission DHOS

Rapport janvier 2004

Périnatalité et prévention en santé mentale

Collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Anne TURSZ

Violence et santé. Rapport préparatoire au Plan national

Paris, 2006, La Documentation française

Professeur SOMMELET

L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé

Rapport de mission – octobre 2006

Didier HOUZEL

Les enjeux de la parentalité -1999

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité -Erès

Danielle RAPOPORT

La bien-traitance envers l'enfant

Des racines et des ailes -2006

Belin

Béatrice BLONDEL, Karine SUPERNANT, Christiane du MAZAUBRUN, Gérard BREART

Enquête nationale périnatale situation en 2003 et évolution depuis 1998

Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, INSERM - U. 149

Enquête réalisée avec la participation des Services de Protection Maternelle et Infantile

des Conseils Généraux - Février 2005

Serge LEBOVICI et Françoise WEIL-HALPERN

Précis de psychopathologie du bébé

Paris, PUF, 1989

Association française des pédiatres ambulatoires

L'allaitement maternel (version pour les professionnels et version pour les mères) - 2006

les conseils de puériculture - 2007.

Sur CD-ROM

La loi et la réalisation de ce guide résultent d'une très large concertation de plusieurs mois avec une multitude de représentants d'acteurs institutionnels et professionnels, auxquels se sont associés de nombreux parlementaires et élus locaux. Pour leur contribution à la réforme de la protection de l'enfance sont particulièrement remerciés :

Au titre des ministères

Ministère des Affaires Étrangères
Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement
Direction de la Population et des Migrations (DPM)
Ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire
Direction Générale des Collectivités Locales (DGCL)
Ministère de l'Éducation Nationale
Direction Générale de l'Enseignement Scolaire (DGESCO)
Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative
Ministère de la Justice
Direction des Affaires Civiles et du Sceau (DACS)
Direction de la Protection Judiciaire de la Jeunesse (DPJJ)
Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS)
Direction Générale de la Santé (DGS)
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)
Direction de la Sécurité Sociale (DSS)
Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)
Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)
Délégation Interministérielle à la Famille (DIF)
Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations (ANAEM)
Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France (DRASS)

Au titre des conseils généraux

Conseil général de l'Aube
Conseil général de la Côte d'or
Conseil général des Côtes d'Armor
Conseil général d'Eure-et-Loir
Conseil général de l'Isère
Conseil général de Loire-Atlantique
Conseil général du Loiret
Conseil général de la Manche
Conseil général de Maine et Loire
Conseil général de Meurthe et Moselle
Conseil général du Bas-Rhin
Conseil général de Paris
Conseil général de Seine et Marne
Conseil général des Hauts-de-Seine
Conseil général de Saint-Saint-Denis
Conseil général du Val de Marne
Conseil général du Val d'Oise
Conseil général de la Vendée

et les nombreux conseils généraux qui ont organisé des débats «décentralisés»

Au titre des associations et organismes divers

Association contre l'aliénation parentale (ACALPA)
Assemblée des Départements de France (ADF)
Association des services à domicile (ADMR)
Associations Départementales pour la Sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA)

REMERCIEMENTS

Association L'Enfant Bleu
Association L'essor
Association Enfance Majuscule (AEM)
Association Famille et Cité (AFC)
Association française d'information et de recherche sur l'enfance maltraitée (AFIREM)
Association Française des Organismes de formation et de Recherche en Travail Social (AFORTS)
Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)
Association Hors La Rue (AHLR)
Association des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux (AIRE)
Association Jeunes Errants (AJE)
Assemblée des Maires de France (AMF)
Association des Maires des Grandes Villes de France (AMGVF)
Association Mission Possible (AMP)
Association nationale des assistants de service social (ANAS)
Association nationale des directeurs d'action sociale et de santé (ANDASS)
Association Nationale des Magistrats de la Jeunesse et de la Famille (ANMJF)
Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'État (ANPDE)
Association Nationale des Placements Familiaux (ANPF)
Association Nationale des Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale (ANTISF)
Association Objectif Familles (AOF)
Association Père Mère Enfant (APME)
Association pour la médiation familiale (APMF)
Association pour la réalisation d'actions sociales spécialisées (ARASS)
Association de recherche et de développement des échanges de l'information en action médico-sociale précoce (INTERCAMSP)
Association Jeunesse Culture Loisirs Technique (JCLT)
Association Chrysalis
Association «La vie au grand air»
Association «Je, tu, il»
Association Enfance et Partage
Association L'essor
Association Le Fil d'Ariane
Association Les Nids
Association Ni claques, Ni Fessées
Association Olga SPITZER
ATD Quart Monde
Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)
Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)
Carrefour d'échanges techniques des tutelles aux prestations sociales enfants (CETT)
Carrefour national d'action éducative en milieu ouvert (CNAEMO)
Carrefour d'échange technique tutelles aux prestations sociales enfants
Centre d'Accueil et d'Orientation pour les Mineurs Isolés Demandeurs d'Asile (CAOMIDA)
Centre Français pour la Protection de l'Enfance (CFPE)
Centre Médical Spécialisé de l'Enfant et de l'Adolescent (CMSEA)
Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT)
Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)
Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées Pays de la Loire (CREAI)
Centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations (CTNERHI)
Comité national de liaison des associations de prévention spécialisée (CNLAPS)
Conseil Français des Associations pour les Droits de l'Enfant (COFRADE)
Conseil national d'évaluation sociale et médico-sociale (CNESMS), remplacé par l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM)
Conseil national de l'Ordre des Médecins (CNOM)
Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes
Conseil Supérieur du Travail Social (CSTS)
Coordination nationale des associations de protection de l'enfance (CNAPE)
Défense des Enfants International (DEI France)
Croix Rouge Française
Défenseur des enfants
Élus locaux contre l'enfance maltraitée (ELCEM)
École Nationale d'Application des Cadres Territoriaux (ENACT)

REMERCIEMENTS

École Nationale de la Magistrature (ENM)
École Normale Sociale
Enfance et partage
Enfants du Monde - Droits de l'Homme
Etap'ado
Fédération française des Espaces Rencontre pour le maintien des relations Enfants-Parents (FFERMREP)
Fédération des mouvements de la condition paternelle (FMCP)
Fédération nationale des administrateurs ad hoc (FENAAH)
Fédération Nationale A Domicile (FND)
Fédération Nationale des Éducateurs de Jeunes Enfants (FNEJE)
Fédération nationale de la médiation familiale (FENAMEF)
Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion (FNAAR)
Fédération nationale des villes moyennes (FMVM)
Fédération Nationale des services sociaux spécialisés protection enfance et adolescence en danger (FN3S)
Fédération Nationale École des Parents et des Éducateurs (FNEPE)
Fondation d'Auteuil
Fondation pour l'Enfance
France Terre d Asile
Groupement d'intérêt public dispositif expert régional pour l'adolescent en difficulté (GIP DERPAD)
Groupe de recherche et d'action pour l'enfance, l'adolescence et les familles (GRAPE)
Groupe d'Exchange et de Recherche pour la Pratique en Lieu d'Accueil (GERPLA)
Groupe national des établissements et services publics sociaux (GEP SO)
Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)
La Parentèle
Observatoire National de l'Action Sociale Décentralisée (ODAS)
Observatoire National de l'Enfance en Danger (ONED)
Réseau National pour l'Accès aux Droits des enfants et des adolescents (RNAD)
Réseau d'Intervenants en Accueil Familial d'Enfants à but Thérapeutique (RIAFET)
Service d'aide à la rencontre parents-enfants (ARPE)
Société Française de Pédiatrie (SFP)
Syndicat National des Infirmiers et Infirmières Éducateurs de Santé (SNIES)
Syndicat National des Médecins de la Protection Maternelle et Infantile (SNMPMI)
Syndicat National des Médecins Scolaires et Universitaires (SNMSU)
Union Fédérative Nationale des Associations des Familles d'Accueil et Assistantes Maternelles (UFNAFAAM)
UNICEF France
Union Nationale de l'Aide, des Soins et des Services aux Domiciles (UNA)
Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)
Union Nationale des Associations de Parrainage de Proximité (UNAPP)
Union Nationale des Associations de Sauvegarde de l'enfance, de l'adolescence et des adultes (UNASEA)
Union Nationale des Associations de Soins et Service à Domicile (UNASSAD)
Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS)
Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS)
Ville et Avenir
et divers établissements et services qui ont contribué (CHU, maternités, unités médico-judiciaires, CAMPS, établissements scolaires...)

À titre personnel

BRETON Marie-Élisabeth
DELEERSNYDER Hélène
GABEL Marceline
GALINON Jean-Marc
GIOANNI Pierre
MONTALEMBERT Marc de
ROBERT-OUVRAY Suzanne
ROTTMAN Hana
SCHNEIDER Bertrand



grandir
devoirs
écouter
mieux-être
respecter
protéger
prévenir

Prendre soin Affectif Réserver Autorité Affectif Intérêts de l'enfants
Devoir Adultes Écouter Père Droit Maltraitance Vulnérabilité
Parents Écouter Maltraitance Autorité Affectif Attention Affectif
Maltraitance Vulnérabilité Vulnérabilité Écouter Écouter Droit
Autorité Vulnérabilité Attention Affectif Affectif
Protéger Écouter Affectif Respecter Adultes Écouter
Mère Protéger Devoir Respecter Écouter Porter
Mère Devoir Écouter Devoir Écouter Porter
Protéger Porter Porter Porter Porter Porter
Mère Devoir Écouter Devoir Écouter Porter
Enfant Droit Devoir Vulnérabilité Mère
Enfant Adultes Écouter Porter Prendre soin Attention Intérêts de l'enfants
Porter Prendre soin Attention Porter Autorité