



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Etude épidémiologique du Réseau Proximité Naissance,
un réseau de proximité en périnatalité.**

Présentée et soutenue publiquement le 19 avril 2016 à 14 heures
au Pôle Recherche
Par Marion Pinchou

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Louis Vallée

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Laurent Storme

Monsieur le Professeur Patrick Truffert

Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Magloire Gnansounou

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

« Par la maternité, la femme se relève et s'élève. Elle n'est plus irresponsable et désœuvrée. Elle tient dans ses mains – elle le sait – l'œuvre de l'avenir. »

Emile de Girardin ; Pensées et Maximes (1867)

« S'il est un miracle de cette civilisation qui a su compter jusqu'à deux mille ans, il réside dans notre émerveillement devant la naissance de chaque humain, quel qu'il soit. »

Julia Kristeva

Liste des abréviations

AEMO	Aide Educative en Milieu Ouvert
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ATCD	Antécédents
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CHSA	Centre Hospitalier de Sambre Avesnois
ELFE	Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance
IP	Information Préoccupante
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RPN	Réseau Proximité Naissance
SAAP	Service d'Aide et d'Accompagnement à la Parentalité
TISF	Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale
VDS	Polyclinique du Val De Sambre

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Historique du Réseau Proximité Naissance	3
II. Fonctionnement du Réseau Proximité Naissance.....	5
A. Inclusion anténatale	5
B. Inclusion en post-partum.....	6
C. Création d'un dossier d'inclusion	6
D. Réunions d'intervision du Réseau Proximité Naissance	6
E. Comité de pilotage	7
III. Objectifs et méthodologie	8
Matériels et méthodes.....	9
I. Matériel.....	9
A. Fiche de repérage anténatal (Annexe 4)	9
B. Fiche de repérage en postpartum (Annexe 5)	9
C. Dossier d'inclusion (Annexe 6)	12
II. Méthode.....	13
A. Type d'étude	13
B. Population source	13
C. Critères d'inclusion	13
F. Recueil des données	14
G. Traitement des données	14
Résultats	15
I. Effectifs.....	15
II. Origine de l'information.....	15
III. Motifs d'inclusion au réseau	16
IV. Nombre de motifs d'inclusion par situation	18
V. Evolution des motifs d'inclusion au Réseau Proximité Naissance de 2010 à 2014	19
A. Antécédents personnels de la mère	19
B. Antécédents psychiatriques de la mère	20
C. Addictions d'un des parents.....	20
D. Antécédents obstétricaux de la mère	22
E. Carence affective de la mère	23
F. Âge de la mère.....	23
G. Carence sociale de la mère.....	24

H.	Grossesse déniée.....	25
I.	Conditions de vie de la mère.....	25
J.	Désintérêt pour la place du bébé.....	26
K.	Situation d'inceste.....	26
L.	Défiance pour les services sociaux.....	27
M.	Accouchement difficile.....	27
N.	Séparation de la mère et de l'enfant.....	28
O.	Sortie contre avis médical.....	29
P.	Difficultés dans la relation avec l'enfant.....	29
Q.	Anxiété irrationnelle.....	30
R.	Concurrence de la maternité.....	31
S.	Hospitalisation de l'enfant.....	31
T.	Etat somatique général de l'enfant.....	32
U.	Fonctions paternelles.....	33
VI.	Repérage anténatal.....	33
A.	Effectifs et évolution.....	33
B.	Situations repérées en anténatal.....	34
C.	Origine du repérage anténatal.....	35
VII.	Durée de suivi par le Réseau Proximité Naissance.....	36
VIII.	Facteurs liés à des difficultés de la relation avec l'enfant.....	36
	Discussion.....	37
I.	Motifs d'inclusion.....	37
A.	Grossesse précoce à l'adolescence.....	37
B.	Grossesse et précarité.....	39
C.	Grossesse et antécédents de placement à l'ASE.....	40
D.	Grossesse et addictions.....	41
1.	Alcool.....	41
2.	Tabac.....	42
3.	Drogues psychoactives.....	43
E.	Grossesse et troubles psychiatriques.....	44
F.	Grossesse et antécédents obstétricaux.....	46
II.	Limites de l'étude.....	48
A.	Type et durée de l'étude.....	48
B.	Biais d'information.....	48
C.	Biais d'analyse.....	49
III.	Evolution du Réseau Proximité Naissance depuis la fin de l'étude.....	50
	Conclusion.....	51
	Références bibliographiques.....	52
	Annexes.....	56
	Annexe 1 : Définitions.....	56
	Annexe 2 : Carte des réseaux de périnatalité.....	58
	Annexe 3 : Carte des réseaux de proximité.....	59
	Annexe 4 : Fiche de liaison PMI-Maternité.....	60
	Annexe 5 : Grille de repérage des difficultés maternelles.....	61
	Annexe 5bis : Grille de repérage des difficultés maternelles.....	62
	Annexe 6 : Dossier d'inclusion au Réseau Proximité Naissance.....	63
	Annexe 6bis : Dossier d'inclusion au Réseau Proximité Naissance.....	64
	Annexe 7 : Grille d'observation en maternité pour évaluer les capacités parentales à la prise en charge d'un nouveau-né par un parent déficient.....	65
	Annexe 7bis : Grille d'observation en maternité pour évaluer les capacités parentales à la prise en charge d'un nouveau-né par un parent déficient.....	66

RESUME

Contexte : Le bassin du Val de Sambre est une région caractérisée par des marqueurs socio-démographiques plus défavorables que dans le reste de la France : le taux de chômage y est plus élevé et la moitié des ménages appartient aux classes socio-professionnelles défavorisées. Depuis 1999, le Réseau Proximité Naissance accompagne les femmes enceintes en difficultés (rupture sociale, conduite addictives, grossesses précoces chez les adolescentes). Nous souhaitons étudier les motifs d'inclusion dans ce réseau et leur évolution entre 2010 et 2014.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, concernant toutes les situations incluses au Réseau Proximité Naissance entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2014. Toutes les fiches d'inclusion au réseau concernant ces situations ont été recueillies et les motifs d'inclusion ont été analysés.

Résultats : Entre 2010 et 2014, 9969 naissances ont eu lieu en Sambre-Avesnois. 477 naissances étaient concernées par une inclusion au réseau. 34% de ces inclusions avaient été faites en raison de l'âge de la mère, 27% en raison d'une carence affective de la mère, 26% en raison d'une carence sociale, 26% en raison des antécédents personnels de la mère et 22% en raison d'une addiction maternelle. L'évolution des raisons d'inclusion était globalement stable au cours des cinq années, sauf pour les inclusions en raison des antécédents psychiatriques, de la carence sociale, d'une séparation de la mère et de l'enfant, de difficulté dans la relation avec l'enfant et d'un trouble des fonctions paternelles, qui diminuaient. Seules les inclusions en raison des antécédents obstétricaux étaient en augmentation sur la période étudiée. La moitié des situations étaient incluses par le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, 24% par la Polyclinique du Val de Sambre, 12% par la Protection Maternelle Infantile et 3% par les partenaires sociaux. 134 situations étaient incluses pendant la grossesse : le repérage anténatal augmentait au cours de notre étude, passant de 24% en 2010 à 45% en 2014.

Conclusion : Les motifs d'inclusion les plus fréquents étaient les maternités précoces, les situations de précarité, les antécédents de placement à l'Aide Sociale à l'Enfance et les addictions. Le Réseau Proximité Naissance répond donc à ses objectifs initiaux.

INTRODUCTION

En 1945, la création de la Protection Maternelle Infantile (PMI) [1] faisait de la réduction de la mortalité périnatale, un véritable enjeu de santé publique. Dans ce contexte, trois plans de périnatalité se sont succédés depuis 1970. Le dernier plan de périnatalité date de 2005 [2]. Il prévoyait notamment la création de réseaux de santé en périnatalité avec la volonté de couvrir l'ensemble du territoire français. Ces réseaux de santé en périnatalité (définition des réseaux de santé en Annexe 1) devaient optimiser la prise en charge des futures mères et de leurs nouveaux-nés en coordonnant les prises en charges des différents intervenants (sage-femme, obstétricien, pédiatre, puéricultrice, assistante sociale...).

En 2015, on dénombrait 42 réseaux de santé en périnatalité (Annexe 2) et 8 réseaux de proximité (Annexe 3) [3].

Le Réseau de Proximité Naissance de Maubeuge, est l'un de ces réseaux de proximité.

Nous souhaitons étudier les motifs d'inclusion dans Le Réseau Proximité Naissance et leur évolution sur les cinq dernières années.

Notre étude concerne le bassin du Val de Sambre, défini par les cantons de Maubeuge, Aulnoye-Aymeries et Avesnes-Sur-Helpe.

Selon le rapport de l'Observatoire Régional de la Santé de 2013, 1,3% des naissances vivantes de 2007 concernaient des mères de moins de 18 ans. Cette proportion était plus élevée que la moyenne régionale (1,1%) ou nationale (0,5%) [4].

En 2015, 51,7% des ménages du Val de Sambre appartenaient aux catégories socio-professionnelles défavorisées (ouvriers et inactifs), ce qui est plus élevé que la moyenne départementale (44,3% des ménages) et nationale (37,5% des ménages) [5]. Le taux de chômage était de 16,4% pour les hommes (deux points au-dessus de la moyenne départementale) et 19,9% pour les femmes (plus de quatre points au dessus de la moyenne départementale) [5]. En 2008, 16,4% des ménages étaient

composés d'une femme seule avec ses enfants (12,8% des ménages dans le Nord-Pas-De-Calais et 11,3% des ménages en France métropolitaine) [4].

Le Val de Sambre est une zone où la densité médicale est faible. Selon l'Observatoire de la Santé pour la région Nord-Pas-De-Calais, la Zone de Proximité Sambre-Avesnois (définie par l'Agence Régionale de Santé par les cantons de Maubeuge, Aulnoye-Aymeries, Avesnes-Sur-Helpe et Fourmies) recensait, en 2014, 286 médecins généralistes, soit un médecin généraliste pour 814 habitants (contre un médecin généraliste pour 682 habitants dans le Nord-Pas-De-Calais et un pour 676 habitants en France métropolitaine) [6]. De même, on comptait 57 sages-femmes, soit une sage-femme pour 898 femmes entre 15 et 49 ans (contre une sage-femme pour 828 femmes dans le Nord-Pas-de-Calais et une pour 733 femmes en France métropolitaine) [6].

On compte trois maternités dans le Val de Sambre : la maternité du Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (CHSA), la maternité de la polyclinique du Val de Sambre (toutes deux situées sur la commune de Maubeuge) et la maternité du Centre Hospitalier de Fourmies.

I. Historique du Réseau Proximité Naissance

En 1999, un programme de dépistage et de prévention des difficultés relationnelles mère-enfant était mis en place dans le service de pédiatrie et néonatalogie du Centre Hospitalier de Sambre Avesnois. Ce programme était inspiré de l'approche maternologique du Dr DELASSUS [7], psychiatre, qui avait fondé l'unité de Maternologie de Saint Cyr le 7 février 1987. Celle-ci était destinée à prendre en charge les mères confrontées à des difficultés avec leur nourrisson (anxiété, baby-blues, dépression du post-partum). Cette prise en charge tenait compte de l'aspect psychique de la maternité et de la parentalité.

L'objectif de ce programme était de repérer les familles en difficulté afin de leur proposer une aide, sous la forme d'un accompagnement. Les difficultés pouvaient concerner :

- Des conduites addictives ;
- Des ruptures sociales ;
- Des difficultés de la mise en place de la relation mère-enfant ;

- Des grossesses précoces chez les adolescentes.

Ces difficultés étaient repérées, par les professionnels du réseau, grâce à une série d'informations contenues dans une grille remplie après l'accouchement lors du séjour en maternité ou en néonatalogie.

Rapidement, un réseau était constitué avec d'autres services du CHSA, ainsi qu'avec les services de PMI de la circonscription d'Avesnes. Cela permettait de proposer aux familles un suivi individuel soit auprès de la PMI, soit en consultation pédiatrique hospitalière ou en médecine de ville.

En 2005, le Plan Périnatalité prévoyait la création de réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital avec l'objectif de couvrir tout le territoire. Le réseau était alors rattaché au Réseau de Périnatalité du Hainaut et en devenait un de ses réseaux de proximité : le Réseau Proximité Naissance, dont les membres étaient les suivants :

- Le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois :
 - o Le Service de Gynécologie-Obstétrique
 - o Le Département de Pédiatrie-Néonatalogie et le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)
 - o Le Service Social
 - o Le Service de Psychiatrie infanto-juvénile
- Le Service de Maternité du la Clinique du Val de Sambre
- Les services de PMI du Conseil Général de l'Arrondissement d'Avesnes
Sur Helpe :
 - o La circonscription de Maubeuge - Hautmont
 - o La circonscription de Maubeuge - Jeumont
 - o La circonscription de Aulnoye - Le Quesnoy
 - o La circonscription de Avesnes - Fourmies
- Le Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie du Centre Hospitalier du Pays d'Avesnes
- Le Service de Maternité du Centre Hospitalier de Fourmies (celui-ci quittait le Réseau Proximité Naissance au cours de l'année 2010)
- Les médecins libéraux du secteur

II. Fonctionnement du Réseau Proximité

Naissance

Les familles sont repérées soit en anténatal, soit après l'accouchement. Des informations leurs sont données sur l'aide que le réseau peut leur apporter, et, avec leur accord, un dossier d'inclusion est créé. Ce dossier s'étoffe progressivement avec :

- La fiche de repérage anténatal.
- Les informations concernant la situation familiale, la situation sociale, et les conditions de vie, qui seront apportées par la PMI et le médecin traitant.
- La fiche de repérage des difficultés maternelles, complétée par les professionnels de la maternité ou de la néonatalogie après la naissance.
- Les informations concernant les conditions de retour à domicile, rapportées par la PMI et le médecin traitant.

La situation est ensuite discutée avec l'ensemble des professionnels du réseau lors des réunions d'intervision, afin de mettre en place un soutien adapté à chaque famille, qui est orientée vers les professionnels adaptés à la situation : pédiatre, médecin traitant, PMI, service social, ou Information Préoccupante (IP).

A. Inclusion anténatale

Les informations concernant les difficultés (contexte social précaire, conduites addictives, antécédents psychiatriques, grossesses précoces chez les adolescentes) de la future mère sont recueillies par la sage-femme en consultation prénatale ou en consultation de PMI. Ces informations sont consignées sur la fiche de liaison PMI-Maternité (fiche rose, Annexe 4) qui est transmise à la coordinatrice du réseau par la sage-femme de PMI ou par le secrétariat de la consultation prénatale. Cette fiche de liaison est archivée dans le dossier obstétrical de la patiente, et un double est transmis à la maternité où est prévu l'accouchement (Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, Polyclinique du Val de Sambre ou Centre Hospitalier de Fourmies) par la coordinatrice du réseau.

B. Inclusion en post-partum

Les informations sont recueillies lors du séjour à la maternité ou en néonatalogie par les intervenants autour de la mère : puéricultrices, psychologues, sages-femmes, pédiatres. Ces informations sont consignées dans la grille de repérage des difficultés maternelles (Annexe 5) qui est transmise à la coordinatrice du réseau par la puéricultrice de la maternité ou par la cadre de santé de néonatalogie.

C. Création d'un dossier d'inclusion

Un dossier d'inclusion au réseau est créé par la coordinatrice du réseau (Annexe 6). Celui-ci permet de faire un résumé des informations connues lors de l'inclusion (antécédents, situation sociale et familiale, addictions, difficultés de la mise en place du lien avec l'enfant à la maternité ou en néonatalogie) et d'y consigner les observations concernant le suivi apportées par la PMI et le médecin traitant (dans le cas où l'enfant est sorti de la maternité ou de néonatalogie), ainsi que les décisions prises pendant les réunions du réseau.

D. Réunions d'intervision du Réseau Proximité Naissance

La coordinatrice du réseau fait le lien avec les médecins généralistes qui interviennent auprès des familles : elle les joint par téléphone et recueille des informations concernant le suivi de l'enfant, l'évolution de son état de santé et la situation familiale. Ces informations sont consignées par écrit dans le dossier d'inclusion de l'enfant, et transmises à la PMI. Celle-ci organise des visites à domicile afin d'évaluer l'évolution de la situation depuis la sortie de la maternité.

Les professionnels du Réseau Proximité Naissance se réunissent toutes les six semaines. Sont conviés à cette réunion les médecins, puéricultrices et sages-femmes de PMI, les pédiatres, puéricultrices, et psychologues des maternités, les pédiatres libéraux, les pédiatres et psychologues de néonatalogie, et les pédopsychiatres et psychologues du CATTP petite enfance (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel).

Les réunions d'intervision se déroulent en deux temps.

Dans un premier temps sont évoquées les nouvelles situations incluses au réseau depuis la dernière réunion d'intervision. Un rappel de la situation est fait, notamment par les puéricultrices de PMI qui effectuent des visites à domicile régulières afin de surveiller l'évolution. Les pédiatres et les puéricultrices de la pédiatrie et de la néonatalogie transmettent les éléments d'inquiétude qu'ils ont constaté en consultation ou en hospitalisation. Si la situation est préoccupante, des mesures supplémentaires de soutien aux familles (mise en place d'une Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale à domicile, demande d'Aide Educative en Milieu Ouvert) sont décidées en accord avec les membres du réseau et le suivi est poursuivi jusqu'à la réunion suivante.

Dans un second temps, les situations qui ont été évoquées lors des réunions précédentes sont reprises. Si l'évolution est jugée satisfaisante, le dossier est classé. Dans le cas contraire, des mesures supplémentaires peuvent être décidées, et, dans certains cas, la situation fait l'objet d'une Information Préoccupante.

Lorsque les dossiers sont classés, les familles ne sont plus suivies par le réseau. Néanmoins, le suivi des enfants est assuré par la PMI jusque l'âge de six ans, et au-delà si les enfants ont fait l'objet d'un placement à l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance).

E. Comité de pilotage

Le réseau possède un comité de pilotage, dont la mission est annuellement :

- D'assurer l'évaluation du fonctionnement du réseau ;
- De définir les objectifs de formation.

La coordination du réseau est assurée par une infirmière coordinatrice et un médecin coordinateur.

III. Objectifs et méthodologie

Depuis sa création, le Réseau Proximité Naissance a évolué pour s'adapter à son environnement. L'étude des motifs d'inclusion et de leur évolution sur les cinq dernières années permettra de donner une nouvelle visibilité aux professionnels du réseau afin d'orienter les choix en matière de pratique, de formation, et d'éclairer les pouvoirs publics sur les difficultés du territoire.

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les motifs d'inclusion au Réseau Proximité Naissance et d'analyser leur évolution entre 2010 et 2014. Les objectifs secondaires sont d'analyser les fonctionnements du réseau par rapport à ses objectifs initiaux, d'évaluer la proportion de repérage anténatal parmi l'ensemble des situations incluses et d'étudier les différents acteurs réalisant les inclusions.

Pour répondre à notre objectif, nous étudierons les informations recensées dans les fiches d'inclusion, en particulier :

- Les motifs d'inclusion et leur évolution depuis cinq ans ;
- Les difficultés recensées pour chaque inclusion ;
- Les acteurs intervenant lors du dépistage de chaque situation ;
- Le repérage en anténatal ou en postpartum.

MATERIELS ET METHODES

I. Matériel

Pour réaliser notre étude, nous avons utilisé les informations recueillies par le Réseau Proximité Naissance pour chaque situation. Ces informations sont consignées dans le dossier d'inclusion, qui comporte :

- La fiche de repérage anténatal ;
- La fiche de repérage en post-partum ;
- Les informations recueillies auprès du médecin traitant ;
- Les décisions prises pendant les réunions d'intervision.

A. Fiche de repérage anténatal (Annexe 4)

La fiche de repérage anténatal permet de récupérer les informations administratives de la future mère (nom, prénom, date de naissance, adresse) et les informations concernant la grossesse (date de début de grossesse, date prévue du terme, parité, personne effectuant le suivi, lieu d'accouchement prévu). Un cadre réservé aux observations permet à la personne rédigeant la fiche d'y noter les raisons motivant une inclusion au réseau de périnatalité. Un dernier cadre est prévu pour noter des remarques supplémentaires, comme par exemple « prévenir la PMI à la naissance ». Enfin, une suite de cases à cocher permet d'indiquer si une synthèse est nécessaire en anténatal ou en post-natal, ainsi que si un relais PMI sera nécessaire à la naissance.

B. Fiche de repérage en postpartum (Annexe 5)

La fiche de repérage en post-partum est présentée sous la forme d'un tableau à deux colonnes : la première colonne classe les difficultés repérées selon vingt-et-une catégories. Dans la deuxième colonne, les cases sont laissées vides afin de

permettre à la personne remplissant la grille d'apporter une précision concernant les difficultés mises en évidence. Celles-ci sont regroupées selon les items suivants :

- Antécédents personnels : cible les antécédents de placement à l'Aide Sociale à l'Enfance d'un des parents durant l'enfance, ou le placement à l'ASE d'autres enfants de la fratrie.
- Antécédents psychiatriques : cible les antécédents maternels de tentative de suicide, de dépression, de psychose puerpérale, de handicaps mentaux.
- Addictions : cible la présence chez l'un des deux parents d'une consommation excessive d'alcool, de tabac, de drogue illicite ou de traitement de substitution.
- Antécédents obstétricaux : cible les antécédents d'interruption volontaire de grossesse (IVG), ainsi que le nombre de grossesses antérieures. Cette catégorie permet aussi de préciser si la grossesse en cours est concernée par un échec de contraception ou par une IVG non réalisée.
- Carence affective de la mère : cible les situations d'isolement affectif de la mère tel l'abandon du père pendant la grossesse, une instance de divorce, une incertitude sur la reconnaissance légale de l'enfant, une rupture avec la famille, l'absence de visite à la maternité ou une situation de délaissement de la mère depuis la naissance de l'enfant.
- Age de la mère : permet de repérer les grossesses précoces (première grossesse avant 16 ans, deuxième grossesse avant 18 ans), ainsi que les grossesses très tardives après plusieurs grossesses.
- Carences sociales de la mère : cible le manque de ressources (chômage), l'absence de domicile fixe ou une résidence à l'hôtel, une situation irrégulière (absence de sécurité sociale ou premier accouchement en France), une demande de secours au bureau d'aide sociale en cours.
- Grossesse déniée : identifie la présence d'un déni de grossesse, un projet d'abandon, une déclaration tardive de grossesse, une absence de suivi pour la grossesse en cours ou les grossesses antérieures.
- Conditions de vie : repère les conditions de vie difficiles, une fatigue excessive de la mère (travail fatiguant, trajets longs), une famille déjà nombreuse, une hygiène insuffisante.
- Désintérêt pour la place du bébé : repère l'absence de préparation de la venue de l'enfant, une demande de placement de l'enfant.

- Situation d'inceste : identifie une situation d'inceste dans la fratrie, ou une mère victime d'inceste.
- Défiance marquée pour les services sociaux : identifie une agressivité injustifiée envers le personnel soignant ou des problèmes de communication avec le personnel.
- Accouchement pénible : repère les situations où l'accouchement s'est mal passé, ou a été mal vécu (césarienne, forceps), les situations où l'enfant est rendu responsable de la pathologie maternelle et lorsqu'il existe une discordance importante du bébé par rapport à l'enfant imaginé.
- Séparation mère-enfant : cible les situations où la mère et l'enfant ont dû être séparés pendant les premiers jours : une hospitalisation du bébé en néonatalogie ou un transfert de la mère en réanimation ou en unité de soins intensifs.
- Sortie prématurée contre avis médical.
- Difficultés de la relation avec l'enfant : identifie les difficultés relationnelles de la mère avec son bébé : évitement du regard, difficultés pour nourrir le bébé, comportement inadapté par rapport aux besoins de l'enfant.
- Anxiété excessive, irrationnelle : identifie les situations où la mère est déprimée, où l'enfant est ressenti comme fragile, où l'enfant présente une petite pathologie qui est mal vécue.
- Concurrence de la maternité : repère les situations où une tierce personne (grand-mère, tante...) empiète sur la place de la mère en cherchant à faire mieux que la mère, et les situations où la mère est dévaluée par l'entourage.
- Hospitalisation : repère, en cas d'hospitalisation de l'enfant, des traces de mauvais traitements, une négligence dans les soins de la part des parents, un désintérêt ou une absence de visite pour un enfant hospitalisé en néonatalogie.
- Etat somatique général : repère un enfant en mauvais état général (troubles alimentaires, troubles du sommeil), un enfant né prématurément, un retard de croissance, un handicap de l'enfant, des troubles du comportement du bébé (cris et pleurs incessants, inquiétants, insupportables), un hypertonus ou hypotonus exagéré.
- Fonctions paternelles : identifie un désintérêt de la part du père pendant la grossesse ou une non participation du père aux soins et à l'éducation du bébé.

Cette grille est par la suite pondérée, afin de classer la situation comme « repérée », « à prendre en compte » ou « alarmante ». Un espace réservé aux contacts permet d'y consigner le nom du médecin traitant de la mère, ainsi que le nom de la puéricultrice de PMI ayant pris contact avec la mère lors du séjour en maternité ou en néonatalogie. Il est également précisé si le relais avec la PMI est nécessaire pour une surveillance simple ou approfondie, ou si la situation est déjà connue de la PMI. Enfin, un cadre à remplir permet au professionnel remplissant la fiche de faire un résumé et d'indiquer le ressenti général de l'équipe soignante sur la situation.

C. Dossier d'inclusion (Annexe 6)

Le dossier d'inclusion se compose de deux pages. La première page est remplie dès l'inclusion de l'enfant au réseau. Celle-ci reprend les informations administratives concernant les parents et l'enfant. Un cadre en haut de la feuille permet de préciser si l'inclusion au réseau se fait en anténatal ou en post-partum. L'origine de l'information est ensuite précisée par une série de cases à cocher :

- Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (Maternité, Néonatalogie, Pédiatrie, Service Social)
- Polyclinique du Val de Sambre
- Centre Hospitalier de Fourmies
- Conseil Général
- Partenaire social
- Médecin traitant.

Un tableau permet en cochant une ou plusieurs cases de résumer le motif d'inclusion selon sept items :

- Problème d'ordre psychologique
- Problème d'ordre social
- Conduites de consommation à risques
- Âge de la mère
- Antécédents
- Relation Mère-Enfant
- Autres

Le cadre suivant permet de compléter ce résumé en y ajoutant quelques informations plus précises. Un tableau permet ensuite de lister les intervenants au courant de la situation (médecin traitant, puéricultrice de PMI, psychologue). Enfin, un dernier cadre permet de noter l'évolution de la situation constatée lors des réunions du Réseau Proximité Naissance.

La deuxième page est remplie lors des différentes réunions du Réseau Proximité Naissance. Un tableau permet d'inscrire les intervenants présents à la réunion, ainsi que le positionnement pris par rapport à la situation. Pour finir, un cadre est prévu pour noter la décision concernant la situation : celle-ci peut-être à revoir après contact avec le médecin traitant, après visite à domicile de la puéricultrice de PMI, ou peut être classée.

II. Méthode

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, quantitative.

B. Population source

Cette étude concerne les mères en situation difficile (conduites addictives, ruptures sociales, difficultés de la mise en place du lien mère-enfant, grossesse précoces chez les adolescentes) incluses dans le Réseau Proximité Naissance.

C. Critères d'inclusion

Tous les couples mère/nouveau-né inclus dans le Réseau Naissance entre le 1er Janvier 2010 et le 31 décembre 2014 ont été inclus dans notre étude.

D. Recueil des données

Toutes les fiches d'inclusion au réseau (fiches de repérage anténatal et fiches de repérage en post-partum) concernant les années 2010 à 2014 ont été recueillies. Toutes les informations consignées dans ces fiches ont été étudiées.

Le recueil des données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

E. Traitement des données

Les données ont été traitées avec le logiciel Excel. Les tests du khi-deux pour les variables qualitatives ont été réalisés grâce au logiciel BiostaTGV. Les taux d'inclusions étaient comparés grâce au test de comparaison de pourcentage pour des échantillons non appariés.

La méthodologie a été validée par l'équipe de la Plateforme d'Aide Méthodologique du CHRU de Lille.

RESULTATS

I. Effectifs

Entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2014, on dénombrait 9969 naissances dans le Val de Sambre (4776 dans la maternité de la polyclinique du Val de Sambre et 5193 dans la maternité du Centre Hospitalier de Sambre Avesnois).

477 situations (couples mère-enfant ou couples famille-enfant) ont été incluses dans le Réseau Proximité Naissance :

- 86 situations en 2010,
- 105 situations en 2011,
- 111 situations en 2012,
- 69 situations en 2013,
- 106 situations en 2014.

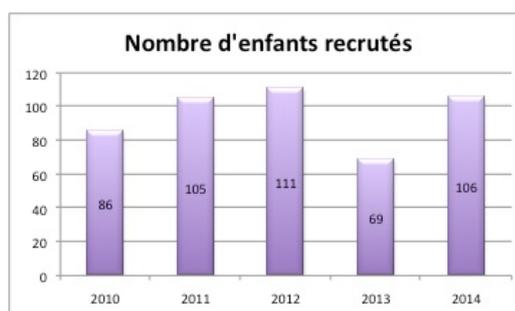


Figure 1 : Nombre d'enfants recrutés

Les inclusions au Réseau Proximité Naissance concernaient 5% des naissances de Sambre Avesnois sur la période étudiée.

II. Origine de l'information

236 situations (soit 49,5%) ont été incluses dans le Réseau Naissance par le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, dont 167 (35%) par la maternité, 36 (7,5%)

par le service de néonatalogie , 5 (1%) par le service social, une (0,2%) par le service de psychiatrie, une par le service de pédopsychiatrie, une par le service de pédiatrie.

114 situations (24%) ont été incluses par la clinique du Val de Sambre.

58 situations (12%) ont été incluses par la PMI.

3 situations (0,6%) ont été incluses par le Centre Hospitalier de Fourmies.

15 situations (3%) ont été incluses par un partenaire social.

D'autres partenaires ont permis ponctuellement d'inclure des couples mère-enfant au réseau : un couple a été inclus par une infirmière scolaire, un couple par une infirmière du service de cardiologie infantile de Lille, un couple par son médecin traitant, et un couple par le SAMU.

Enfin, 47 situations (10%) ont été incluses, sans que l'origine de l'information ne soit précisée.

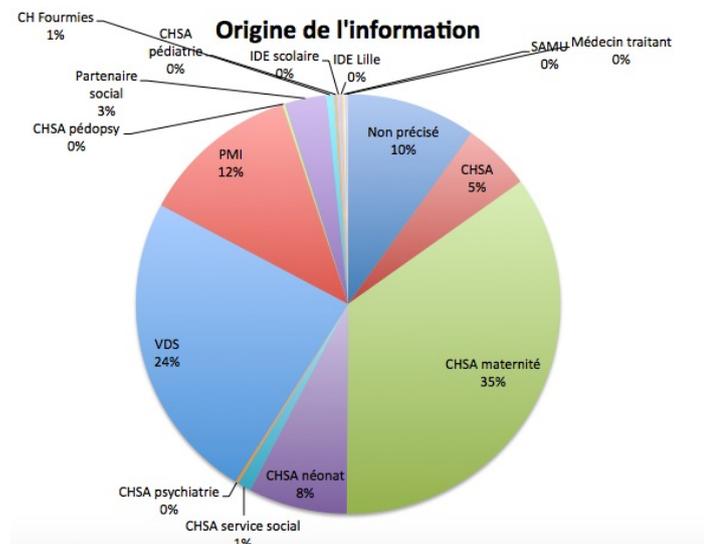


Figure 2 : Origine de l'information

III. Motifs d'inclusion au réseau

Parmi les 477 situations incluses au réseau entre 2010 et 2014 :

- 163 situations ont été incluses en raison de l'âge de la mère (34%).
- 128 situations ont été incluses en raison d'une carence affective de la mère (27%).

- 124 situations ont été incluses en raison d'une carence sociale de la mère (26%).
- 124 situations ont été incluses en raison des antécédents de placement à l'ASE (26% des cas).
- 106 situations ont été incluses en raison d'une addiction chez un des parents (22%).
- 95 situations ont été incluses en raison de difficultés de la relation mère-enfant (20%).
- 92 situations ont été incluses en raison des fonctions paternelles (19%).
- 88 situations ont été incluses en raison des antécédents obstétricaux (échec de contraception) de la mère (18%).
- 72 situations ont été incluses en raison d'une défiance marquée pour les services sociaux de la part des parents (15%).
- 68 situations ont été incluses en raison des antécédents psychiatriques de la mère (14%).
- 61 situations ont été incluses en raison de conditions de vie difficiles (13%).
- 61 situations ont été incluses en raison de l'état somatique général de l'enfant (13%).
- 59 situations ont été incluses en raison d'une grossesse déniée ou mal suivie (12%).
- 58 situations ont été incluses en raison d'un accouchement difficile ou mal vécu (12%).
- 52 situations ont été incluses en raison d'une séparation de la mère et de l'enfant (12%).
- 48 situations ont été incluses en raison d'une anxiété excessive de la part de la mère (10%).
- 17 situations ont été incluses en raison d'une demande de sortie contre avis médical (4%).
- 13 situations ont été incluses en raison d'une hospitalisation de l'enfant (3%).
- 13 situations ont été incluses en raison d'un désintérêt pour la place du bébé (3%).

- 10 situations ont été incluses en raison d'une concurrence de la maternité (2%).
- une situation a été incluse en raison d'une situation d'inceste (0,2%).

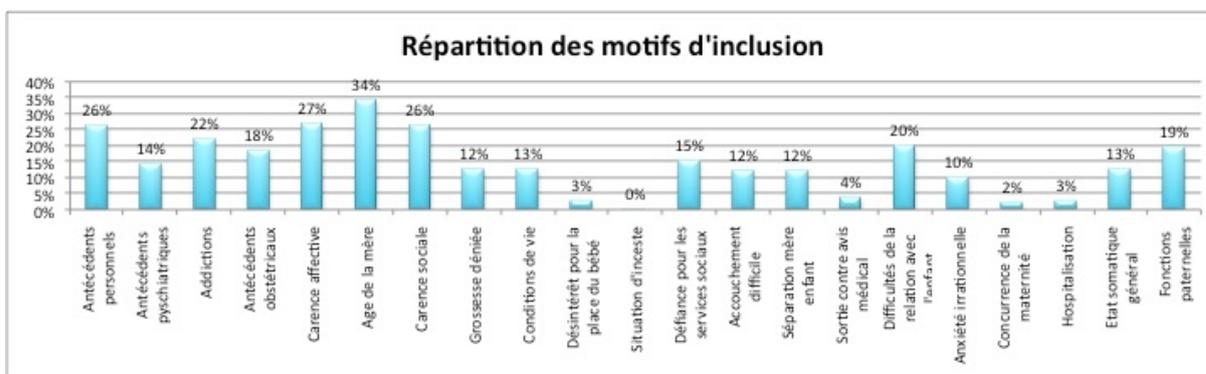


Figure 3 : Répartition des motifs d'inclusion au réseau

IV. Nombre de motifs d'inclusion par situation

Sur les 477 situations incluses au Réseau Naissance :

- 106 situations l'étaient en raison d'un seul motif (22%) ;
- 97 situations en raison de 2 motifs (20%) ;
- 104 situations en raison de 3 motifs (22%) ;
- 80 situations en raison de 4 motifs (17%) ;
- 41 situations en raison de 5 motifs (9%) ;
- 26 situations en raison de 6 motifs (6%) ;
- 9 situations en raison de 7 motifs (2%) ;
- 11 situations en raison de 8 motifs (2%) ;
- 1 situation en raison de 9 motifs (0,2%).

À noter que 2 situations (0,4%) étaient incluses au réseau, sans que le motif d'inclusion ne soit précisé.

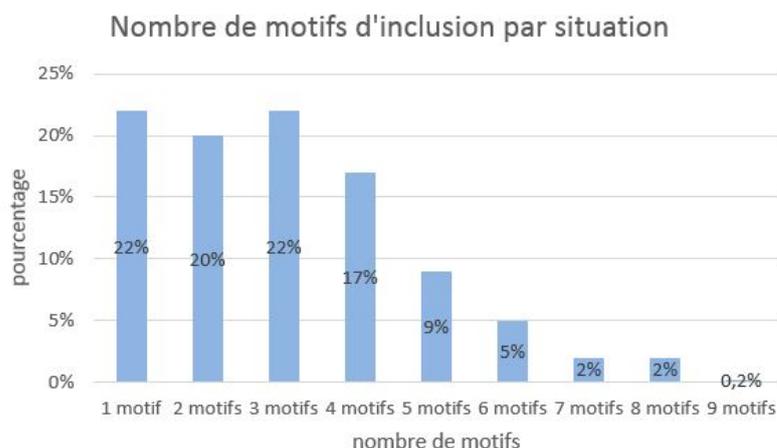


Figure 4 : Nombre de motifs d'inclusion par situation

V. Evolution des motifs d'inclusion au Réseau Proximité Naissance de 2010 à 2014

A. Antécédents personnels de la mère

L'inclusion au réseau en raison des antécédents de placement à l'ASE représentait 26% des situations (124 situations) :

- 29% des situations en 2010 (25 situations);
- 27% des situations en 2011 (28 situations);
- 26% des situations en 2012 (29 situations) ;
- 28% des situations en 2013 (19 situations) :
- 22% des situations en 2014 (23 situations).

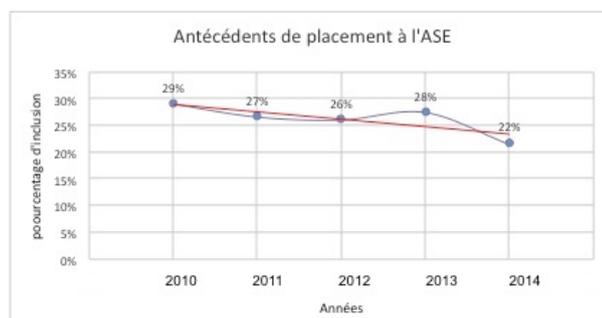


Figure 5 : Evolution des inclusions en raison des antécédents de placement à l'ASE

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

B. Antécédents psychiatriques de la mère

L'inclusion au réseau en raison des antécédents psychiatriques de la mère représentait 14,% des situations (68 situations) :

- 18 situations en 2010 (21%) ;
- 11 situations en 2011 (10%) ;
- 19 situations en 2012 (17%) ;
- 11 situations en 2013 (16%) ;
- 9 situations en 2014 (8%).

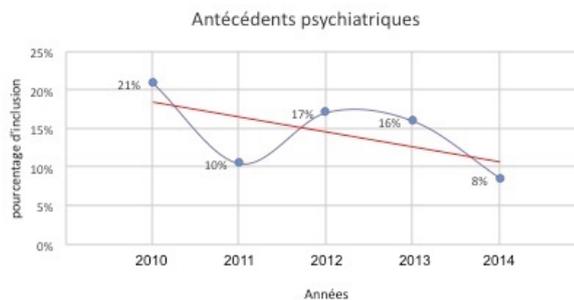


Figure 6 : Evolution des inclusions en raison des antécédents psychiatriques de la mère

On notait une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison des antécédents psychiatriques entre 2010 et 2014.

C. Addictions d'un des parents

L'inclusion au réseau en raison d'une addiction parentale représentait 22% des situations (106 situations) :

- 22% des situations en 2010 (19 situations) ;
- 26% des situations en 2011 (27 situations) ;
- 16% des situations en 2012 (18 situations) ;
- 30% des situations en 2013 (21 situations) ;
- 20% des situations en 2014 (21 situations).

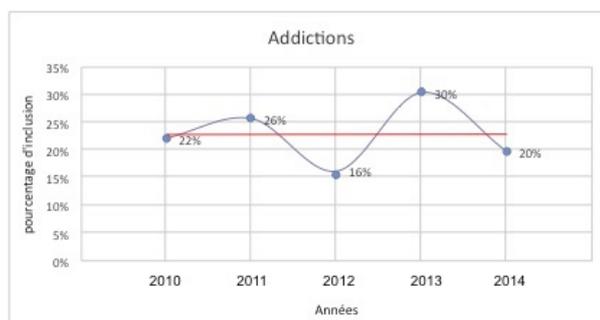


Figure 7 : Evolution des inclusions en raison d'une addiction parentale

Il n'y avait de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

Les différentes addictions étaient réparties de la manière suivante :

- 66% de tabagisme, dont 68% de tabagisme seul (45% des inclusions en raison d'une addiction) et 32% de tabagisme associé à une autre addiction (21% des inclusions en raison d'une addiction) ;
- 25% de consommation d'alcool ;
- 20% de consommation de substances psychoactives ;
- 10% de consommation de traitement de substitution.

On notait 23% d'addictions multiples.

L'évolution des différentes addictions est représentée dans le graphique suivant :

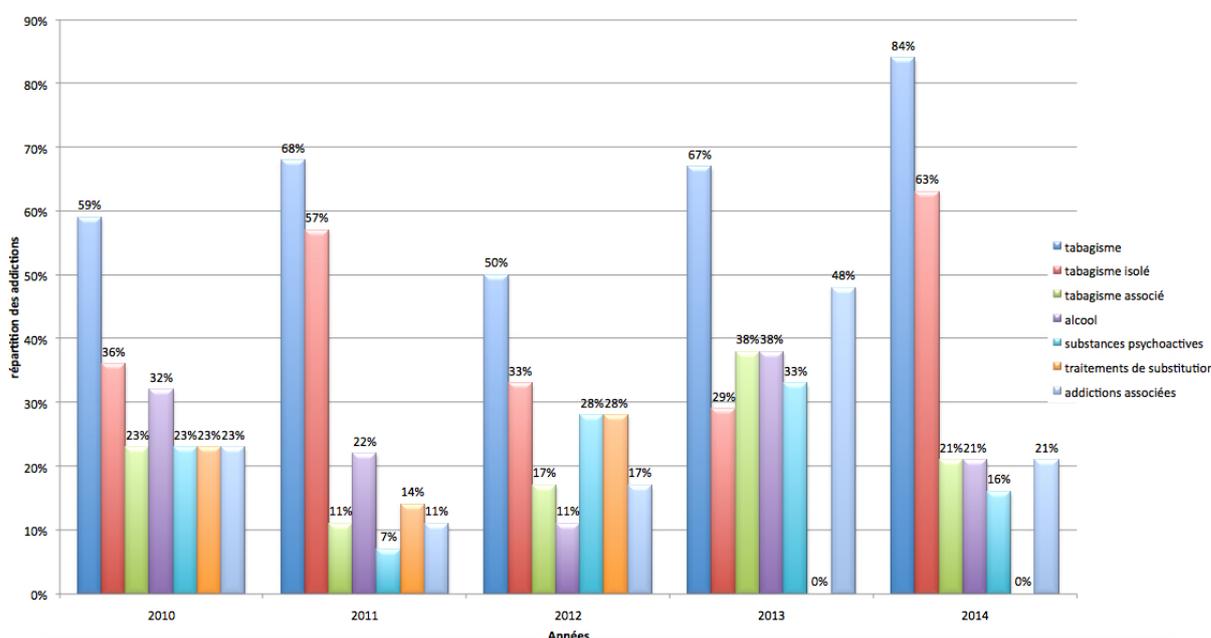


Figure 8 : évolution des différentes addictions

Parmi les 106 situations incluses au réseau en raison d'une addiction, 5 situations concernaient une addiction paternelle.

D. Antécédents obstétricaux de la mère

18% des situations (88 situations) étaient incluses en raison des antécédents obstétricaux de la mère :

- 14% des situations en 2010 (12 situations) ;
- 15% des situations en 2011 (16 situations) ;
- 16% des situations en 2012 (18 situations) ;
- 22% des situations en 2013 (15 situations) ;
- 25% des situations en 2014 (27 situations).

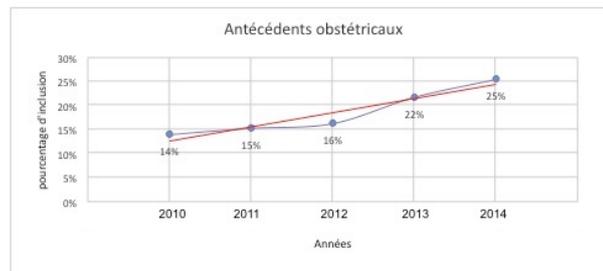


Figure 9 : Evolution des inclusion en raison des antécédents obstétricaux de la mère

Il existait une augmentation statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison des antécédents obstétricaux entre 2010 et 2014.

Les antécédents obstétricaux étaient répartis de la manière suivante :

- 50% de grossesses nombreuses ;
- 22% d'antécédents d'IVG ;
- 15% d'antécédents de fausse couche ;
- 8% d'échec de contraception ;
- 6% d'IVG non réalisée ;
- 6% d'antécédents de mort fœtale in utero ;
- 2% d'antécédents d'interruption médicale de grossesse ;
- 1% d'antécédents de menace d'accouchement prématuré ;
- 1% de grossesses rapprochées.

E. Carence affective de la mère

128 situations (27%) étaient incluses en raison d'une carence affective chez leur mère :

- 20 situations (23%) en 2010 ;
- 33 situations (31%) en 2011 ;
- 27 situations (24%) en 2012 ;
- 21 situations (30%) en 2013 ;
- 27 situations (25%) en 2014.

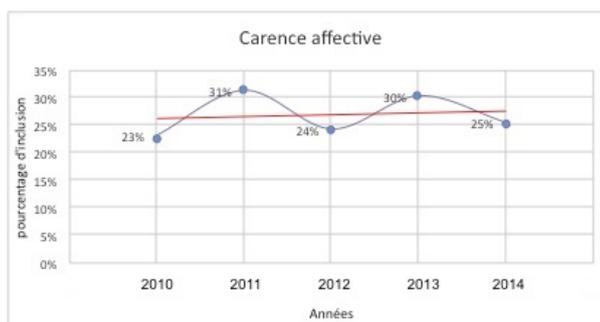


Figure 10 : Evolution des inclusions en raison d'une carence affective de la mère

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

F. Âge de la mère

34% des situations (163 situations) étaient incluses en raison de l'âge maternel :

- 30% des situations en 2010 (26 situations) ;
- 32% des situations en 2011 (34 situations) ;
- 39% des situations en 2012 (43 situations) ;
- 32% des situations en 2013 (22 situations) ;
- 36% des situations en 2014 (38 situations).

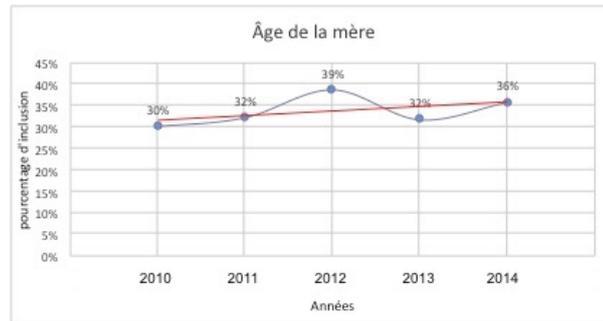


Figure 11 : Evolution des inclusions en raison de l'âge de la mère

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

G. Carence sociale de la mère

L'inclusion au réseau en raison d'une carence sociale de la mère représentait 26% des situations (124 situations) :

- 27% des situations en 2010 (23 situations) ;
- 25% des situations en 2011 (26 situations) ;
- 33% des situations en 2012 (37 situations) ;
- 32% des situations en 2013 (22 situations) ;
- 15% des situations en 2014 (16 situations).

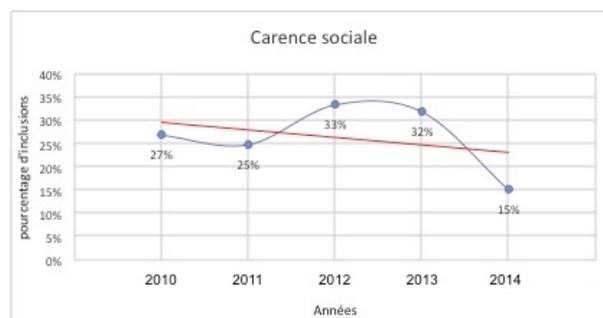


Figure 12 : Evolution des inclusions en raison d'une carence sociale de la mère

Il existait une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison d'une carence sociale entre 2010 et 2014.

H. Grossesse déniée

L'inclusion au réseau en raison d'une grossesse déniée ou mal suivie représentait 12% des situations (59 situations) :

- 8% des situations en 2010 (7 situations) ;
- 12% des situations en 2011 (13 situations) ;
- 10% des situations en 2012 (11 situations) ;
- 17% des situations en 2013 (12 situations) ;
- 15% des situations en 2014 (16 situations).

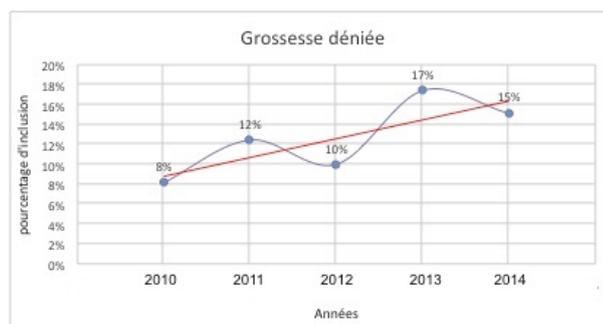


Figure 13 : Evolution des inclusions en raison d'une grossesse déniée

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

I. Conditions de vie de la mère

L'inclusion au réseau en raison des conditions de vie de la mère représentait 13% des situations (61 situations) :

- 9% des situations en 2010 (8 situations) ;
- 10% des situations en 2011 (10 situations) ;
- 13% des situations en 2012 (14 situations) ;
- 20% des situations en 2013 (14 situations) ;
- 14% des situations en 2014 (15 situations).



Figure 14 : Evolution des inclusions en raison des conditions de vie de la mère

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

J. Désintérêt pour la place du bébé

13 situations (3%) ont été incluses au réseau en raison d'un désintérêt pour la place de l'enfant :

- 3 situations en 2010 (3%) ;
- 6 situations en 2011 (6%) ;
- 2 situations en 2012 (2%) ;
- 1 situation en 2013 (1%) ;
- 1 situation en 2014 (1%).

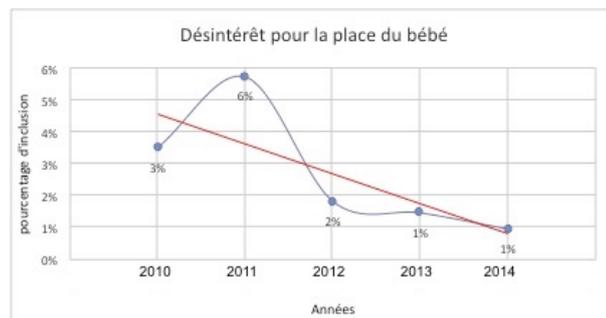


Figure 15 : Evolution des inclusion en raison d'un désintérêt pour la place du bébé

K. Situation d'inceste

Une seule situation a été incluse dans le réseau en raison d'une situation d'inceste, en 2013.

L. Défiance pour les services sociaux

72 situations (15%) ont été incluses au réseau en raison d'une défiance marquée pour les services sociaux de la part des parents :

- 9 situations en 2010 (10%) ;
- 22 situations en 2011 (21%) ;
- 18 situations en 2012 (16%) ;
- 11 situations en 2013 (16%) ;
- 12 situations en 2014 (11%).

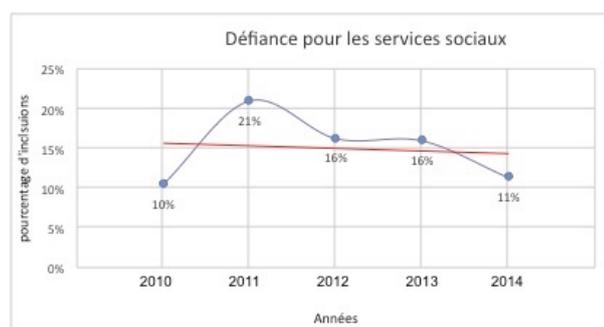


Figure 16 : Evolution des inclusions en raison d'une défiance pour les services sociaux

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

M. Accouchement difficile

12% des situations ont été incluses en raison d'un accouchement difficile ou mal vécu par la mère (soit 58 situations) :

- 9% des situations en 2010 (8 situations) ;
- 19% des situations en 2011 (20 situations) ;
- 10% des situations en 2012 (11 situations) ;
- 17% des situations en 2013 (12 situations) ;
- 7% des situations en 2014 (7 situations).

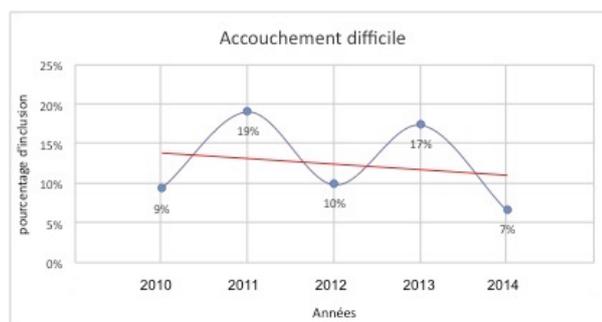


Figure 17 : Evolution des inclusions en raison d'un accouchement difficile

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

N. Séparation de la mère et de l'enfant

52 situations (12%) étaient incluses au réseau en raison d'une séparation entre la mère et l'enfant en période néonatale :

- 11 situations en 2010 (13%) ;
- 18 situations en 2011 (17%) ;
- 10 situations en 2012 (9%) ;
- 8 situations en 2013 (12%) ;
- 5 situations en 2014 (5%).

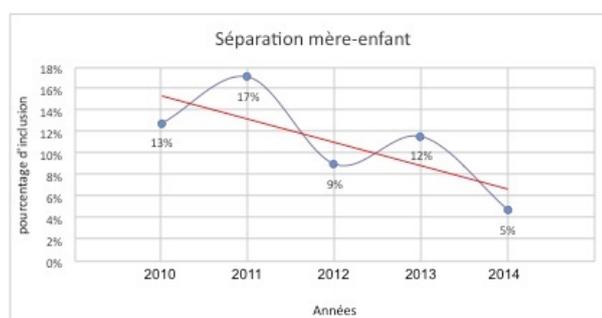


Figure 18 : Evolution des inclusions en raison d'une séparation de la mère et de l'enfant

Il existait une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison d'une séparation de la mère et de l'enfant entre 2010 et 2014.

O. Sortie contre avis médical

4% des situations (soit 17 situations) ont été incluses au réseau en raison d'une demande de sortie contre avis médical de la part des parents au cours de l'hospitalisation en suites de couches ou en néonatalogie :

- 3% des situations en 2010 (3 situations) ;
- 4% des situations en 2011 (4 situations) ;
- 5% des situations en 2012 (6 situations) ;
- 4% des situations en 2013 (3 situations)
- 1% des situations en 2014 (1 situation).

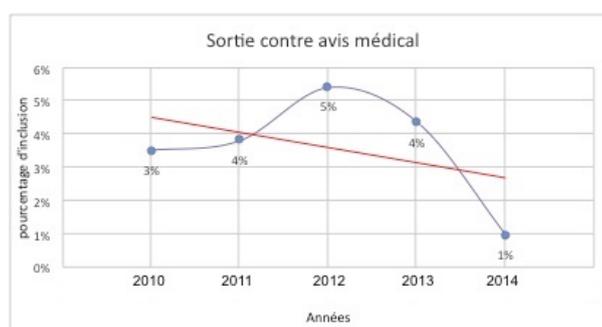


Figure 19 : Evolution des inclusions en raison d'une sortie contre avis médical

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

P. Difficultés dans la relation avec l'enfant

L'inclusion au réseau en raison des difficultés de la relation avec l'enfant remarquées par l'équipe soignante en suites de couches ou en néonatalogie représentait 20% des situations (soit 95 situations) :

- 20% des situations en 2010 (17 situations) ;
- 28% des situations en 2011 (29 situations) ;
- 18% des situations en 2012 (20 situations) ;
- 25% des situations en 2013 (17 situations) ;
- 11% des situations en 2014 (12 situations).

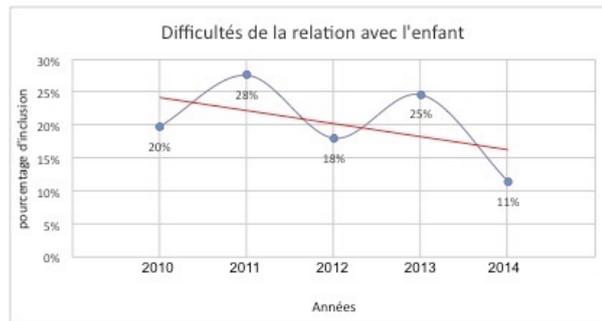


Figure 20 : Evolution des inclusions en raison de difficultés dans la relation avec l'enfant

Il existait une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison de difficultés de la relation avec l'enfant entre 2010 et 2014.

Q. Anxiété irrationnelle

48 situations (10%) étaient incluses en raison d'une anxiété irrationnelle de la part de la mère :

- 6 situations en 2010 (7%) ;
- 17 situations en 2011 (16%) ;
- 8 situations en 2012 (7%) ;
- 12 situations en 2013 (17%) ;
- 5 situations en 2014 (5%).

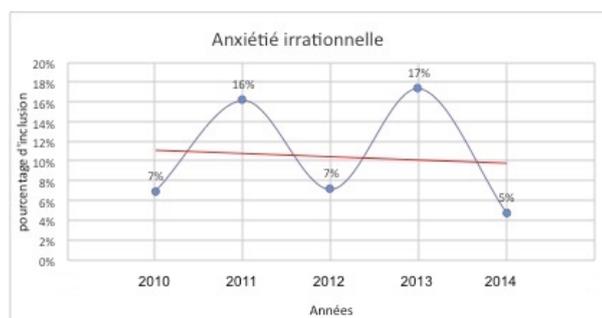


Figure 21 : Evolution des inclusions en raison d'une anxiété irrationnelle de la part de la mère

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

R. Concurrence de la maternité

2% des situations (10 situations) au total étaient incluses au réseau en raison d'une concurrence de la maternité :

- 2% des situations en 2010 (2 situations) ;
- 5% des situations en 2011 (5 situations) ;
- aucune situation en 2012 ;
- 1% des situations en 2013 (1 situation) ;
- 2% des situations en 2014 (2 situations).



Figure 22 : Evolution des inclusions en raison d'une concurrence de la maternité

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

S. Hospitalisation de l'enfant

13 situations (3%) étaient incluses au réseau en raison d'une hospitalisation de l'enfant :

- 2 situations en 2010 (2%) ;
- 3 situations en 2011 (3%) ;
- 1 situation en 2012 (1%) ;
- 5 situations en 2013 (7%) ;
- 2 situations en 2014 (2%).



Figure 23 : Evolution des inclusions en raison d'une hospitalisation de l'enfant

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

T. Etat somatique général de l'enfant

13% des situations (61 situations) étaient incluses au réseau en raison de leur état somatique général :

- 14% des situations en 2010 (12 situations) ;
- 10% des situations en 2011 (10 situations) ;
- 14% des situations en 2012 (16 situations) ;
- 19% des situations en 2013 (13 situations) ;
- 9% des situations en 2014 (10 situations).

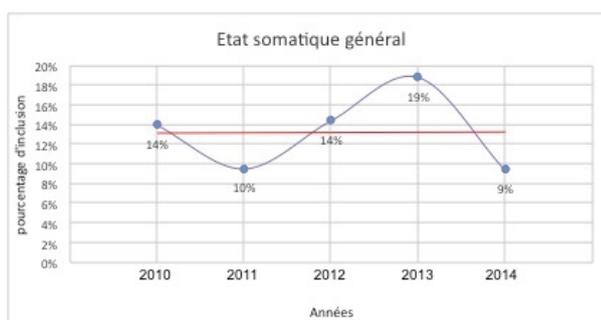


Figure 24 : Evolution des inclusions en raison de l'état somatique de l'enfant

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les taux d'inclusion entre 2010 et 2014.

U. Fonctions paternelles

92 situations (19%) ont été incluses au réseau en raison d'un trouble des fonctions paternelles :

- 19 situations en 2010 (22%) ;
- 28 situations en 2011 (27%) ;
- 19 situations en 2012 (17%) ;
- 14 situations en 2013 (20%) ;
- 12 situations en 2014 (11%).

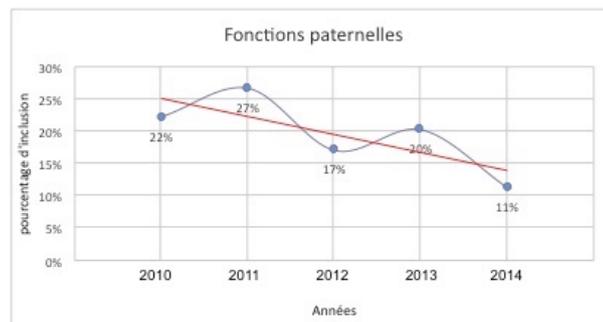


Figure 25 : Evolution des inclusions en raison des fonctions paternelles

Il existait une diminution statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions en raison d'un trouble des fonctions paternelles entre 2010 et 2014.

VI. Repérage anténatal

A. Effectifs et évolution

134 futures mères ont été incluses au Réseau Naissance pendant la grossesse, ce qui représente 28% des situations incluses entre 2010 et 2014.

- 21 femmes en 2010 (soit 24% des inclusions) ;
- 17 femmes en 2011 (soit 16% des inclusions) ;
- 32 femmes en 2012 (soit 29% des inclusions) ;
- 16 femmes en 2013 (soit 23% des inclusions) ;
- 48 femmes en 2014 (soit 45% des inclusions).

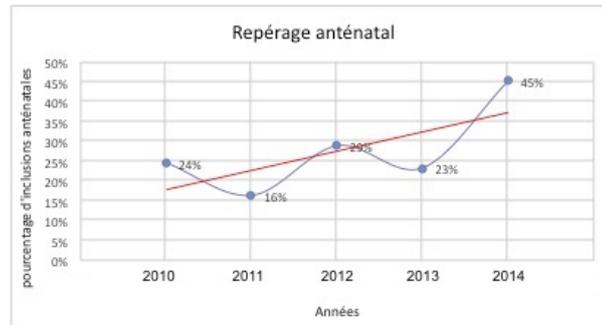


Figure 26 : Evolution du repérage anténatal

Il existait une augmentation statistiquement significative ($p < 0,05$) des inclusions anténatales entre 2010 et 2014.

B. Situations repérées en anténatal

Les inclusions avant la naissance représentaient :

- 38% des inclusions en raison des antécédents personnels de la mère ;
- 35% des inclusions en raison des antécédents psychiatriques de la mère ;
- 27% des inclusions en raison d'une ou plusieurs addictions parentales ;
- 28% des inclusions en raison des antécédents obstétricaux de la future mère ;
- 29% des inclusions en raison d'une carence affective de la mère ;
- 31% des inclusions en raison de l'âge de la mère ;
- 28% des inclusions en raison d'une carence sociale ;
- 23% des inclusions en raison d'une grossesse déniée ;
- 23% des inclusions en raison des conditions de vie de la mère ;
- 23% des inclusions en raison d'un désintérêt pour la place du bébé ;
- 22% des inclusions en raison d'une défiance pour les services sociaux ;
- 18% des inclusions en raison d'un trouble des fonctions paternelles.

Situations repérées en anténatal	
ATCD personnels	37,90%
ATCD psychiatriques	35,29%
Addictions	27,36%
ATCD obstétricaux	28,41%
Carence affective	28,91%
Age de la mère	31,29%
Carence sociale	28,23%
Grossesse déniée	23,37%
Conditions de vie	22,95%
Désintérêt pour la place du bébé	23,08%
Situation d'inceste	0%
Défiance pour les services sociaux	22,22%
Fonctions paternelles	18,48%

Tableau 1 : Situations repérées en anténatal

C. Origine du repérage anténatal

Parmi les 134 situations repérées avant la naissance :

- 53 situations ont été incluses au réseau par les services du Centre Hospitalier de Sambre Avesnois (soit 22% des inclusions faites par le CHSA) ;
- 8 situations ont été incluses par la Clinique du Val de Sambre (7% de leurs inclusions) ;
- 52 situations ont été incluses par les services de Protection Maternelle et Infantile (90% de leurs inclusions) ;
- 9 situations ont été incluses par les partenaires sociaux (60% de leurs inclusions) ;
- 2 situations ont été incluses par le Centre Hospitalier de Fourmies (67% de leurs inclusions) ;
- une situation a été incluse par une infirmière scolaire ;
- une situation a été incluse par le médecin traitant.

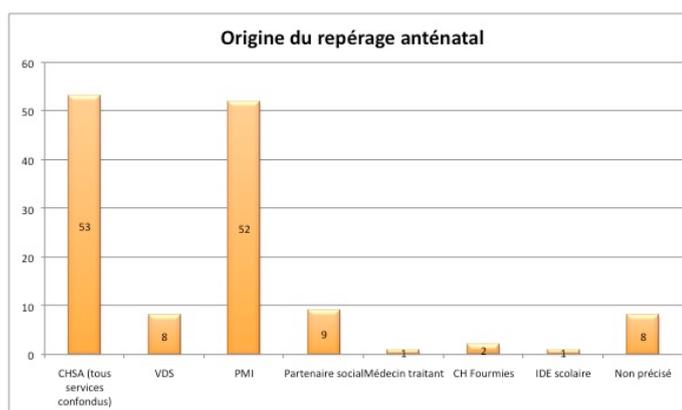


Figure 27 : Origine du repérage anténatal

VII. Durée de suivi par le Réseau Proximité Naissance

La durée de suivi par le Réseau Proximité Naissance était connue pour 340 situations.

Après la naissance du bébé, les couples mère-enfant étaient suivi pendant 2,3 mois en moyenne par le réseau, avant d'être orientés vers les structures adaptées à leur suivi ultérieur.

Les durées minimales et maximales de suivi étaient respectivement 1 mois et 9 mois.

VIII. Facteurs liés à des difficultés de la relation avec l'enfant

Le test du khi-deux permettait de mettre en évidence, chez les parents ayant des difficultés dans la relation avec l'enfant, un lien de corrélation avec certaines raisons d'inclusion au réseau :

- l'âge de la mère ($p < 0,05$) ;
- une défiance pour les services sociaux ($p < 0,001$) ;
- un accouchement pénible ou mal vécu ($p < 0,001$) ;
- une séparation de la mère et de l'enfant ($p < 0,001$) ;
- une anxiété irrationnelle de la mère ($p < 0,05$) ;
- l'état somatique de l'enfant ($p < 0,01$) ;
- un trouble dans les fonctions paternelles ($p < 0,05$).

Il n'était pas mis en évidence de lien statistiquement significatif avec les autres motifs d'inclusion.

DISCUSSION

Notre étude a permis de connaître les motifs d'inclusion au Réseau Proximité Naissance, ainsi que le moment où ont été réalisées ces inclusions (en anténatal ou en post-partum).

Nous discuterons dans un premier temps des motifs d'inclusions les plus fréquents et des raisons pour lesquelles un suivi particulier de ces grossesses au sein du réseau est important. Dans un second temps, nous aborderons les limites de notre étude. Enfin, nous évoquerons les changements apparus au sein du Réseau Proximité Naissance depuis la fin de notre étude.

I. Motifs d'inclusion

A. Grossesse précoce à l'adolescence

Le motif d'inclusion le plus fréquent est l'âge de la mère (34% des inclusions sur l'ensemble de l'étude, variant de 30 à 39% des inclusions). Sur les cinq années que nous avons étudiées, la plupart de ces inclusions concernaient des grossesses chez les adolescentes et seules cinq situations concernaient des grossesses tardives.

Les grossesses chez les adolescentes sont fréquentes. En effet, selon l'OMS [8], chaque année, environ 16 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans donnent naissance à un enfant, dont 95% dans les pays développés, ce qui représente 11% des naissances mondiales. La moitié de ces naissances sont représentées par seulement sept pays : le Bangladesh, le Brésil, la République Démocratique du Congo, l'Ethiopie, l'Inde, le Nigéria et les Etats Unis [8]. Dans le bassin du Val de Sambre, elles concernent 1,3% des naissances vivantes [4].

Ces grossesses ne sont pas sans risque. Chez les adolescentes de moins de 16 ans, le risque de décès maternel est multiplié par quatre par rapport aux jeunes femmes entre 20 et 30 ans, et le risque de mort néonatale est augmenté de 50%. D'autre part, on note un plus grand nombre d'accouchement prématuré chez les adolescentes de moins de 16 ans, ainsi qu'un nombre d'hypotrophie plus élevé [9]. Cependant, les grossesses chez les adolescentes sont marquées par un plus petit nombre d'accouchement par césarienne [10]. On note par ailleurs une diminution du taux d'allaitement maternel chez les adolescentes [10].

Outre les complications biologiques, la maternité précoce peut parfois être marquée par des difficultés dans la mise en place du lien entre la mère et son nouveau-né, comme le retrouvait notre étude, avec un lien de corrélation significatif entre ces deux motifs d'inclusion ($p < 0,05$). Ces difficultés peuvent s'expliquer par le caractère égocentrique de l'adolescence auquel la jeune mère doit faire face en apprenant à se décentrer pour répondre aux besoins de son nourrisson [11-12-13].

On peut noter que seuls 31% des situations concernant une grossesse précoce ont été incluses au réseau avant la naissance. Ce résultat semble au premier abord insuffisant, étant donné que l'âge est une variable objective contenue dans le dossier médical de la patiente, qui ne peut pas le cacher comme elle le cacherait une addiction, de peur d'être jugée. On peut alors penser à un défaut d'inclusion précoce de la part du professionnel suivant la grossesse. Cependant, on remarque que ces grossesses sont très peu suivies : en effet, une étude parisienne publiée en 2002 retrouvait une absence totale de suivi dans 17,7% des cas, et une première consultation à la maternité après trente semaines d'aménorrhées dans 40,3% des cas [14]. Le suivi précaire de ces grossesses peut donc expliquer ce taux de repérage anténatal chez les adolescentes.

Dans notre étude, le nombre d'inclusion en raison de l'âge de la mère restait stable au cours des cinq années étudiées. Cette évolution est superposable à l'évolution nationale. En effet, depuis la fin des années 90, on note une stabilité du taux de naissance chez les adolescentes. A l'inverse, le taux d'IVG chez les 15-19 ans augmentait jusqu'aux années 2008-2009 [15].

Enfin, une étude publiée en 2011 démontrait qu'une prise en charge spécifique pendant la grossesse, chez les adolescentes, permettait d'augmenter l'assiduité aux consultations prénatales, d'augmenter le taux d'allaitement et de diminuer le risque d'accouchement prématuré [16]. Il est donc important pour le Réseau Proximité Naissance de repérer ces jeunes filles le plus tôt possible au cours de la grossesse, et de leur proposer un accompagnement particulier pendant la grossesse, pendant le post-partum, ainsi que lors du retour à domicile.

B. Grossesse et précarité

Le père Joseph Wresinski, fondateur du mouvement international ATD Quart Monde, définissait la précarité comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Rapport de 1987). Ces sécurités peuvent concerner l'emploi, le logement, les revenus, ou le réseau familial et social.

Dans notre étude, les inclusions au réseau en raison d'une carence sociale, d'une carence affective ou de mauvaises conditions de vie représentaient respectivement 26%, 27% et 13% des situations, faisant de la précarité le deuxième motif d'inclusion en terme de fréquence.

Ces grossesses nécessitent un suivi particulier car le contexte social précaire augmente le risque de naissance prématurée [17] et de retard de croissance intra-utérin avec un poids de naissance inférieur à 2500 grammes. On sait, par ailleurs, que le contexte social précaire est un facteur de risque de grossesse à l'adolescence [12], avec toutes les complications que nous avons évoquées précédemment. D'autre part, l'étude EPIPAGE 1 démontrait que le bas niveau socio-économique des parents était un facteur de risque de Quotient Intellectuel bas chez les enfants [18]. Enfin, une étude québécoise retrouvait un risque plus important de développer un asthme, de présenter des otites, d'être en surpoids à 6 ans ou d'avoir un mauvais état buccodentaire chez les enfants nés dans des foyers considérés comme pauvres [19].

Comme pour l'âge de la mère, le taux de repérage anténatal de ces situations est assez faible (de 23% à 29% pour ces trois motifs d'inclusion). Cependant, les

grossesses chez les femmes en situation de précarité sont souvent associées à un mauvais suivi de grossesse, avec un recours aux soins en urgence plus important [20-21].

Dans ce contexte, il est important pour le Réseau Proximité Naissance de pouvoir compter sur les professionnels de la PMI ainsi que sur les partenaires sociaux qui sont amenés à rencontrer ces personnes en situation de précarité au cours de la grossesse, dans le cadre de leur suivi habituel. Ceci peut expliquer que ces acteurs réalisent essentiellement des inclusions anténatales. En effet, parmi les inclusions réalisées par la PMI, 90% étaient réalisées avant la naissance. De même, 60% des inclusions réalisées par les partenaires sociaux étaient réalisées en anténatal.

C. Grossesse et antécédents de placement à l'ASE

Dans notre étude, on retrouvait un antécédent de placement à l'ASE chez l'un des parents ou chez l'un des enfants de la fratrie dans 26% des situations. Il s'agit du troisième motif d'inclusion en terme de fréquence.

En 2013, on dénombrait, en France, 288.300 mineurs pris en charge par la protection de l'enfance (soit 19,7‰ des moins de 18 ans) et 21.800 jeunes majeurs (soit 9,5‰ des jeunes de 18 à 21 ans) [22]. Ce taux est en constante augmentation entre 2003 et 2013 [22].

Lorsqu'une future mère a déjà un ou plusieurs enfants relevant d'un placement à l'ASE, lui accorder un accompagnement particulier dans la relation avec le nouveau-né semble évident, de peur qu'elle ne reproduise, avec ce nourrisson, le même schéma qu'avec ses aînés. Nous n'avons cependant pas retrouvé d'étude dans la littérature nous permettant d'affirmer que le fait d'avoir d'autres enfants placés à l'ASE serait un facteur de risque de difficultés dans la relation avec le nouveau-né.

Néanmoins, il existe quelques études sur le devenir des enfants placés à l'ASE qui montrent qu'une fois adulte, ils sont identiques à la population du même âge [23-24]. En effet, ces adultes élèvent leurs enfants eux-mêmes dans 90% à 100% des

cas [25], et les cas de maltraitance ou de placement à l'ASE de leurs propres enfants ne concernent qu'une faible minorité [23].

Dans notre contexte, il semble alors important d'être plus attentif aux parents qui ont déjà des enfants placés à l'ASE qu'à ceux qui ont été placés eux-mêmes dans leur enfance.

D. Grossesse et addictions

Dans notre étude, 22% des parents présentaient une ou plusieurs addictions. Ce taux variait de 16% à 30% selon les années.

1. Alcool

Dans notre étude, 25% des mères incluses en raison d'une addiction présentaient une consommation excessive d'alcool. Cela variait entre 11% et 38% selon les années. La consommation d'alcool concernait 6% de toutes les inclusions réalisées entre 2010 et 2014.

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, 22,8% des femmes enceintes déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant la grossesse (19,7% si on exclut les femmes qui ont consommé de l'alcool uniquement avant de savoir qu'elles étaient enceintes). [26]. L'effet tératogène de l'alcool peut s'exprimer selon deux tableaux cliniques :

- Le syndrome d'alcoolisation fœtale, qui associe dysmorphie cranio-faciale, retard de croissance intra utérin responsable d'une hypotrophie et d'une microcéphalie, malformations d'organes (cardiaques, osseuses, rénales) et déficience intellectuelle.
- Les Effets de l'Alcool sur le Fœtus regroupent les malformations d'organes et les troubles neuro-développementaux, tels qu'un retard intellectuel ou des troubles caractériels persistants à l'âge adulte [27-28].

Les données de notre étude ne nous permettaient pas d'avoir des informations sur le niveau de consommation, ni de savoir s'il y avait une dépendance. De même, elles ne nous permettaient pas savoir si les patientes avaient modifié leur consommation d'alcool au cours de la grossesse. En effet, selon une étude de 2011,

63% des femmes avaient stoppé leur consommation d'alcool après le 1er trimestre de grossesse [29]. Cependant, la majorité des inclusions en raison d'une addiction était réalisée en post-partum. On peut donc supposer que les patientes incluses consommaient encore de l'alcool de façon excessive lors de la naissance.

Dans notre étude, la consommation d'alcool concernait 6% de toutes les inclusions réalisées entre 2010 et 2014. Ce résultat correspond avec l'étude de Dumas, Simmat-Durant et Lejeune, qui retrouvaient, en 2014, un taux d'alcoolisation excessive pendant la grossesse variant de 1% à 7% [30]. Toutefois, il faut noter que notre étude concernait uniquement les mères incluses dans le Réseau Proximité Naissance et que la population étudiée n'était donc pas représentative de la population générale.

2. Tabac

Dans notre étude, le tabagisme était l'addiction la plus fréquente. En effet, il représentait 66% des addictions, ce taux variant de 50% à 84% selon les années. Dans 45% des situations incluses pour une addiction, il s'agissait d'un tabagisme isolé, et dans 21% des situations, le tabagisme était associé à une consommation d'alcool ou de substance psychoactive.

En 2010, 30,5% des femmes enceintes déclaraient fumer au moins une cigarette par jour avant la grossesse, et 17,1% continuaient à fumer pendant la grossesse [26]. Le tabagisme pendant la grossesse est pourtant source de complications, notamment de fausse couche spontanée [31-32] de grossesses extra-utérines chez les femmes fumeuses [33-34], d'hématome rétro-placentaire [35] et de placenta praevia [36]. De plus, le tabagisme est un facteur de risque de retard de croissance intra utérin harmonieux [37] et de mort fœtale in utero [38]. Par ailleurs, le tabagisme maternel double le risque de rupture prématurée des membranes [37], et augmente le risque de prématurité [37]. Enfin, après la naissance de l'enfant, le tabagisme parental est un facteur de risque avéré de mort inattendue du nourrisson [39], de bronchiolite, et d'asthme [40].

Parmi toutes les patientes incluses au réseau au cours de notre étude, 15% présentaient un tabagisme : 10% de façon isolée et 5% en association avec une

autre addiction. Ce taux est légèrement plus bas que celui qui avait été mis en évidence lors de l'enquête périnatale de 2010 (17,1%) [26]. Cependant, il est important de noter que le tabagisme seul ne constituait pas un motif d'inclusion au réseau (lors d'une inclusion pour d'autres motifs, si la mère fumait, cela était précisé sur la fiche d'inclusion). Il existe donc des patientes tabagiques qui n'ont pas été incluses dans le Réseau Proximité Naissance car elles ne présentaient pas d'autres éléments d'inquiétude. Notre taux n'est donc représentatif que du taux de tabagisme chez les patientes du réseau et ne peut être extrapolé à la population générale.

3. Drogues psychoactives

Dans notre étude, la consommation de substances psychoactives représentait 20% des addictions, variant de 7% à 33% selon les années. Cela concernait 5% des patientes incluses au réseau. La substance consommée était connue dans 4 situations (trois cas de consommation de cannabis et un cas de consommation d'héroïne).

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée par les femmes enceintes : en 2010, 1% des femmes déclaraient en avoir consommé au moins une fois pendant la grossesse [26].

Outre l'effet tératogène [38], certaines drogues (opiacés, cocaïne, cannabis) augmentent le risque d'hématome rétroplacentaire (responsable de mort fœtale in utero) [41], de retard de croissance intra-utérin et d'accouchement prématuré [38]. Lorsque les drogues consommées pendant la grossesse traversent la barrière hémato-placentaire, on peut voir apparaître chez le bébé un syndrome de sevrage néo-natal dans les 48 heures suivant la naissance [41].

Parmi toutes les patientes incluses au réseau, 5% présentaient une consommation de substance psychoactive. Ce taux de 5% est plus élevé que celui retrouvé par l'enquête périnatale de 2010 (1%), et que celui de l'étude de Dumas, Simmat-Durant et Lejeune (1% à 3%) [30]. Cependant, la population concernée par notre étude est majoritairement en situation de précarité. Or, on sait qu'il existe un lien complexe entre le contexte social précaire et la toxicomanie [42]. Ceci peut

expliquer que le taux de toxicomanie est plus élevé dans notre étude que dans la population générale.

Dans notre étude, le taux d'inclusion en raison des consommations à risque des parents était stable entre 2010 et 2014.

Compte tenu des nombreuses complications liées aux addictions, il est important de repérer ces situations avant la naissance, afin d'assurer une prise en charge adaptée.

E. Grossesse et troubles psychiatriques

La grossesse est une période de bouleversements hormonaux responsables d'un état de fragilité psychique pouvant compliquer une pathologie psychiatrique chronique, ou déclencher des troubles psychiatriques de novo.

Ces pathologies psychiatriques peuvent prendre plusieurs formes :

- Chez les mères atteintes de schizophrénie, on note une rechute, ou une aggravation de la maladie, dans les trois premiers mois après la naissance dans 25% des cas [43]. Ces patientes nécessitent un encadrement accru car leur pathologie peut affecter leur capacité à répondre de façon adaptée aux besoins de leur nourrisson [44] avec des comportements dangereux pouvant aller jusqu'à l'infanticide [45].

- Malgré l'aménorrhée fréquemment associée aux troubles du comportement alimentaire, les grossesses chez les patientes atteintes d'anorexie ou de boulimie sont de plus en plus fréquentes. Ces grossesses sont plus souvent compliquées de fausses couches, de malformations fœtales (notamment d'anomalie de fermeture du tube neural chez les patientes en grande restriction alimentaire durant le premier trimestre [46]), de mort fœtale in utero, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité et de petits poids de naissance [47].

- Une dépression de la grossesse (c'est-à-dire qui apparaît au cours de la grossesse) est retrouvée chez 4% des femmes enceintes pour les formes majeures et 8% chez les formes mineures (qui ne correspondent pas aux critères du DSM4)

[44]. Celle-ci est souvent associée, chez le nouveau-né, à une vigilance modifiée, des expressions émotionnelles d'allures dépressives et parfois des troubles du développement. On note fréquemment des petits poids de naissance [44].

- Le déni de grossesse touche environ une grossesse sur cinq cents. Il est naturellement associé à un mauvais suivi de la grossesse, et parfois l'accouchement est le mode de révélation de la grossesse. Il existe un risque d'infanticide dans ce contexte de grossesse parfois non désirée, cependant celui-ci reste très rare.

- La dépression du post-partum a une prévalence identique à celle de la dépression de la grossesse. L'état dépressif de la mère va affecter les relations avec le nourrisson. En effet, celle-ci sera moins disponible pour répondre aux demandes de son enfant qui doit fournir un effort supplémentaire d'ajustement, soit en se retirant de l'échange avec une mère déprimée intrusive, soit en cherchant le contact avec une mère déprimée inhibée [44]. L'enfant va alors être perturbé dans son apprentissage.

- La psychose puerpérale est plus rare et concerne moins de deux naissances sur mille [45]. Elle est surtout associée à un risque augmenté de suicide et d'infanticide [44].

De plus, lorsque qu'une patiente atteinte d'une pathologie psychiatrique est enceinte, le traitement médicamenteux peut aussi engendrer des complications telles qu'une dépression respiratoire, un syndrome extrapyramidal transitoire ou un syndrome atropinique chez le nouveau-né. Il existe aussi un risque tératogène, ainsi qu'un risque de syndrome de sevrage pour l'enfant lorsque la mère consomme des quantités élevées [45].

Dans le cas de notre étude, 14% des patientes avaient été incluses au Réseau Proximité Naissance en raison de leurs antécédents psychiatriques. Ce résultat est semblable au résultat de la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance). En effet, celle-ci retrouvait des « difficultés psychologiques » chez 12,6% des femmes enceintes en 2011 [48].

Il aurait été intéressant de connaître la répartition des différents troubles psychiatriques dans la population du Réseau Proximité Naissance, cependant, les

données que nous avons recueillies ne nous permettaient pas de distinguer les différentes pathologies psychiatriques.

Les antécédents psychiatriques de la mère sont donc importants à repérer car ils peuvent influencer de façon négative la relation de celle-ci avec son nouveau-né. Dans le cadre de notre étude, on ne mettait pas en évidence de lien de corrélation statistiquement significatif entre les antécédents psychiatriques de la mère et les difficultés dans la relation avec l'enfant. Ceci pourrait supposer que le soutien apporté par le personnel de la maternité et de l'unité de néonatalogie permettrait d'aider la mère à créer un lien avec son bébé de façon adaptée. Néanmoins, une étude complémentaire serait nécessaire pour l'affirmer.

Dans le cadre de notre étude, on constate que 35% des situations concernant des antécédents psychiatriques ont été repérées avant la naissance. Dans le cadre des pathologies psychiatriques préexistantes à la grossesse, nous n'avons pas retrouvé d'étude permettant d'affirmer que ces patientes n'ont pas un suivi prénatal régulier. On peut toutefois se demander si un mauvais suivi de la grossesse chez ces patientes ne serait pas à l'origine de ce faible taux de repérage anténatal.

Dans ce contexte, il serait intéressant de sensibiliser les psychiatres du secteur, afin que, lorsqu'une de leurs patientes est enceinte, ils puissent l'orienter vers le Réseau Proximité Naissance. Cela a d'ailleurs été le cas, au cours de notre étude, pour une des patientes qui a été incluse par le service de psychiatrie du Centre Hospitalier de Sambre Avesnois.

F. Grossesse et antécédents obstétricaux

Dans notre étude, on retrouvait des antécédents obstétricaux chez 18% des patientes. On notait par ailleurs que ce motif d'inclusion était en constante augmentation sur les cinq années étudiées. Sur la grille de repérage des difficultés, l'item "Antécédents obstétricaux" regroupe aussi bien les antécédents d'IVG, les échecs de contraception, que le nombre de grossesses. Ces trois raisons étant différentes, il nous a semblé important de faire la part des choses entre un nombre de grossesse élevé et les autres antécédents obstétricaux.

On peut noter, tout d'abord, que parmi les 88 patientes concernées par l'item "Antécédents obstétricaux", la grande majorité était incluse au réseau pour d'autres raisons, et les renseignements contenus dans cet item venaient donner une information complémentaire. En effet, une seule patiente avait été incluse au réseau uniquement pour ses antécédents obstétricaux : il s'agissait d'un troisième enfant, mais dont les parents avaient perdu l'un des aînés à un mois et demi de vie. Il est donc important de préciser que le critère "nombre de grossesses" n'est pas suffisant, à lui seul, pour justifier d'une inclusion au Réseau Proximité Naissance et que toutes les mères de famille nombreuse ne sont pas incluses au réseau s'il n'y a pas d'élément d'inquiétude associé.

La majorité des antécédents obstétricaux concernait le nombre grossesses : cela représentait 50% des inclusions pour cet item. Il est d'ailleurs intéressant de noter que le critère "nombre de grossesses" n'est pas défini de manière précise sur la fiche d'inclusion au réseau. Lors du recueil de ces fiches d'inclusion, on constatait que le nombre de grossesse était précisé à partir du troisième enfant. Cependant, ce critère "troisième pare" était implicite, et on peut se demander si l'item "nombre de grossesses" était rempli pour toutes les troisièmes pares incluses au réseau, ou si cet item était laissé à l'appréciation du professionnel de santé. Dans ce cas, l'augmentation du taux d'inclusion en raison des antécédents obstétricaux pourrait s'expliquer en partie par une augmentation du nombre de patientes pour lesquelles le professionnel remplissant la fiche avait précisé qu'il s'agissait d'une troisième pare.

Parmi les autres inclusions de cet item, 22% concernaient un antécédent d'IVG, et 2% un antécédent d'interruption thérapeutique de grossesse. Bien que non demandés sur la fiche d'inclusion, les antécédents de fausse couche spontanée et de mort fœtale in utero étaient tout de même précisés, et représentaient respectivement 15% et 6% des antécédents obstétricaux. La précision de ces deux antécédents semble néanmoins importante, car, l'un comme l'autre seront une source d'anxiété pendant la grossesse en cours et à l'arrivée de l'enfant. Or, notre étude retrouvait un lien de corrélation entre l'anxiété de la mère et les difficultés dans la relation avec l'enfant ($p < 0,05$). Ce résultat est d'ailleurs concordant avec l'étude de

Feldman et al. qui mettait en évidence un rôle péjoratif de l'anxiété maternelle sur la mise en route du lien mère-enfant [49].

Enfin, les échecs de contraception et les IVG non réalisées représentaient respectivement 8% et 6% des antécédents obstétricaux. Ces grossesses nécessitent un encadrement particulier, car, dans ce contexte de grossesse non désirée, le suivi prénatal peut être moins rigoureux, l'arrivée de l'enfant peut-être moins préparée, et le lien mère-enfant peut être plus difficile à établir.

II. Limites de l'étude

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'étudier les informations contenues dans les fiches de repérage et dans le dossier d'inclusion. Ces informations étaient recueillies par le personnel soignant en réponse à des questions semi-ouvertes. Ceci est à l'origine de plusieurs biais.

A. Type et durée de l'étude

L'analyse de l'évolution des motifs d'inclusion montrait une diminution statistiquement significative du nombre d'inclusions entre 2013 et 2014 pour un certain nombre de motifs d'inclusion (la carence sociale de la mère, un accouchement difficile, une séparation de la mère et de l'enfant, les difficultés dans la relation avec l'enfant, l'anxiété irrationnelle).

Notre étude étant une étude descriptive, les données ne permettaient pas d'expliquer cette évolution des motifs d'inclusion en 2014. Il aurait été intéressant de poursuivre l'étude en 2015, afin de savoir si on observait cette diminution aussi en 2015 ou si elle était le fruit du hasard.

B. Biais d'information

Les fiches d'inclusions étaient remplies par les sages-femmes, les puéricultrices, et les assistantes sociales. Les informations qu'elles y consignaient sont parfois dépendantes de l'appréciation du personnel soignant au contact de la patiente, comme la qualité de la relation avec le bébé, le niveau d'hygiène, l'anxiété de la mère.

De plus, sur la grille de repérage des difficultés maternelles, lorsque celles-ci étaient définies avec précision, il arrivait parfois qu'une patiente soit incluse au réseau alors qu'elle ne répondait pas aux critères. Ceci concernait particulièrement l'âge de la mère : de nombreuses jeunes mamans entre seize et dix-huit ans étaient incluses au réseau à la naissance de leur premier enfant, alors que le critère d'inclusion était « premier enfant avant seize ans » ou « deuxième enfant avant dix-huit ans ». Entre 2010 et 2014, cela concernait 89 situations. Néanmoins, ces patientes ayant été incluses au Réseau Proximité Naissance, nous avons fait le choix de tenir compte de leur inclusion comme si elles répondaient aux critères établis sur la grille de repérage des difficultés maternelles.

Par ailleurs, le recueil de données ayant été fait de façon rétrospective grâce aux fiches d'inclusion au réseau, certaines informations étaient manquantes. C'est le cas notamment pour l'identité du professionnel incluant la patiente dans le réseau, qui manquait pour 47 situations, ainsi que pour la durée du suivi par le Réseau Proximité Naissance, qui manquait pour 137 situations.

C. Biais d'analyse

Pour connaître les raisons d'inclusion au réseau, nous avons fait le choix de les étudier selon le classement des difficultés maternelles de la grille de repérage. Cependant, ce classement regroupe dans certains items des difficultés différentes, notamment des informations essentielles au suivi des patientes mais qui ne constituent pas des motifs d'inclusion lorsqu'ils sont isolés.

C'est le cas de l'item "addiction" : si la toxicomanie ou l'alcoolisme sont des motifs évidents d'inclusion au réseau, le tabagisme isolé n'est pas une raison suffisante pour qu'une patiente y soit incluse. Cependant, en cas d'inclusion pour un autre motif, l'existence d'un tabagisme maternel était précisé dans l'item "addiction". Cela entraîne une surestimation des inclusions au réseau en raison des addictions aux drogues ou à l'alcool.

De même, le fait d'avoir une famille nombreuse n'était pas un motif d'inclusion au réseau, cependant cela rentrait en compte dans les items "antécédents obstétricaux" et "conditions de vie". On peut alors supposer que notre étude

surestime les inclusions en raison de ces deux items, d'autant plus que le critère "famille nombreuse" n'était pas défini avec précision sur la grille de repérage des difficultés maternelles.

III. Evolution du Réseau Proximité Naissance depuis la fin de l'étude

Notre étude concernait les années 2010 à 2014. Depuis 2015, le Réseau Proximité Naissance accorde une attention particulière aux parents atteints de handicap intellectuel. L'association Les Papillons Blancs (Association de Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales) est intervenue dans les services de maternité et de néonatalogie, afin de former les professionnels pour mieux accueillir les parents présentant un handicap intellectuel, et mieux les entourer pendant l'hospitalisation. Une fiche de surveillance supplémentaire (Annexe 7) a été mise en place et est remplie par les puéricultrices de maternité après la naissance, en complément de la grille de repérage des difficultés maternelles. Un lien est fait avec le Service d'Aide et d'Accompagnement à la Parentalité (SAAP) de Recquignies, afin de proposer à ces familles un accompagnement particulier lors du retour à domicile.

CONCLUSION

Lors de sa création, le Réseau Proximité Naissance souhaitait accompagner les jeunes femmes enceintes soit en situation de précarité sociale, soit présentant des conduites addictives, soit présentant des difficultés dans l'initiation de la relation mère-enfant, ainsi que les maternités précoces.

Notre étude, réalisée seize ans après la création de ce réseau, montrait que les raisons les plus fréquentes d'inclusion étaient les grossesses chez les adolescentes, les familles en situation de précarité, les antécédents de placement à l'Aide Sociale à l'Enfance et les addictions. Le Réseau Proximité Naissance répond donc à ses objectifs initiaux.

La plupart des motifs d'inclusion restaient stables entre 2010 et 2014 sauf pour les inclusions en raison des antécédents psychiatriques, de la carence sociale, d'une séparation de la mère et de l'enfant, de difficultés dans la relation avec l'enfant et d'un trouble des fonctions paternelles, qui diminuaient. Seules les inclusions en raison des antécédents obstétricaux de la mère étaient en augmentation entre 2010 et 2014.

Le taux de repérage des situations avant la naissance est modeste, même s'il tend à augmenter au cours de notre étude, mais le suivi anténatal est précaire dans la population concernée par le Réseau Proximité Naissance. La participation des partenaires extra-hospitaliers est donc importante car ils sont amenés à rencontrer ces femmes pendant la grossesse pour d'autres motifs et peuvent donc les orienter vers le réseau.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] M Delour. Protection maternelle et infantile : historique et perspectives. Archives de Pédiatrie 2013 ; 20 : 21-22.
- [2] Plan « Périnatalité » 2005-2007, Humanité, proximité, sécurité, qualité – 10 novembre 2004. [en ligne] http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf consultée le 15/09/15.
- [3] FFRSP, Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité. Réseaux en province. [en ligne] <http://www.ffrsp.fr/module-Contenus-viewpub-tid-2-pid-33.html> consultée le 10/02/16.
- [4] Poirier G. ORS Nord-Pas-de-Calais. Diagnostics statistiques des Contrats Locaux de Santé. Contrat Local de Santé de la CA de Maubeuge – Val de Sambre. Loos. Mars 2013.
- [5] données INSEE, Observatoire Régional de la Santé Nord Pas de Calais & ARS Nord-Pas-de-Calais, Atlas Régional et Territorial de Santé 2015 du Nord-Pas-de-Calais, avril 2015.
- [6] ORS Nord - Pas-de-Calais, à partir des données de l'Insee : Recensement Général de Population 2011 et Répertoire Partagé des Professionnels de Santé 2014.
- [7] Delassus JM. La difficulté d'être mère. Paris : ed Dunod ; 2014.
- [8] OMS. Organisation Mondiale de la Santé. Adolescent pregnancy : a culturally complex issue. Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé 2009. Genève, Suisse. [en ligne] <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/en/print.html> consultée le 10/07/2015.
- [9] Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Roads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. Int J Epidemiol 2007; 36(2):368-73.
- [10] Kingston D, Heaman M, Fell D, Chalmers B. Comparaison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. Pediatrics 2012; 129(5): e1228-37.
- [11] Wendland J, Levandowski DC. Parentalité à l'adolescence : déterminants et conséquences. L'évolution psychiatrique 2014 ; 79 : 411-419.
- [12] Jarrett G. Childrearing patterns of young mothers : expectations, knowledge and practices. The American Journal of Maternal/Child Nursing 1982 ; 7 : 119-21.

- [13] Trad PV. The ability of adolescents to predict future outcome. Part 1 : assessing predictive abilities. *Adolescence* 1993 ; 28 : 533-55.
- [14] Fauchet P, Dappe S, Madelenat P. Maternité à l'adolescence : analyse obstétricale et revue de l'influence des facteurs culturels, socio-économiques et psychologiques à partir d'une étude rétrospective de 62 dossiers. *Gynécologie, Obstétrique et Fertilité* 2002 ; 30 : 944-52.
- [15] Le Den M., 2014. Les indicateurs des grossesses à l'adolescence en France. Enjeux et modalités de leur mobilisation dans la mise en place d'une politique de prévention, 2014, Actes du XVII^e colloque international de l'AIDELF sur Démographie et politiques sociales, Ouagadougou, novembre 2012, 13 p.
- [16] Allen J, Gamble J, Stapleton H, Kildea S. Does the way maternity care is provided affect maternal and neonatal outcomes for young women? A review of the research literature. *Women Birth* 2012; 25(2):54-63.
- [17] Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, Iams JD, Meis PJ, Copper RL et al. The preterm prediction study : a clinical risk assesement system. *American Journal of Obstetric and Gynecology* 1996 ; 174 : 1885-95.
- [18] Beaino G, Khoshnood B, Kaminski M, Marret S, Pierrat V, Vieux R, Thiriez G, Matis J, Picaud JC, Rozé JC, Alberge C, Larroque B, Bréart G, Ancel PY ; EPIPAGE Study Group. Predictors of the risk of cognitive deficiency in very preterm infants : the EPIPAGE prospective cohort. *Acta Paediatr.* 2011 Mar, 100(3) : 370-8.
- [19] Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS), Riches de tous nos enfants : la pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. Troisième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. 2007 : 77-88.
- [20] Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveaux-nés en situation de vulnérabilité sociale : faut-il une prise en charge spécifique ? *Tribune libre / Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 38 (2010) 83-91.
- [21] Gayral-Taminph M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Maurel G, Rème JM, Grandjean H. Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 2005 ; 34 (cahier 1) : 23-32.
- [22] ONED, Observatoire National de l'enfance en danger. Les chiffres clés en protection de l'enfance. [en ligne] <http://oned.gouv.fr/chiffres-cles-en-protection-lenfance> consultée le 10/02/2016
- [23] Fourdrinier C. Que sont-ils devenus, In : actes des journées d'études « Adolescence et suppléance familiale » des 26-27 novembre 1998, Reims : IRTS Champagne-Ardenne (1999).
- [24] Frechon I. Etre placées à l'adolescence... Et après ? Témoignages et devenirs de jeunes filles ayant vécu au foyer « Le Caligo », AERES-diffusion, Etudes et recherches, n°4, 2001.

- [25] Frechon I, Dumaret AC. Bilan critique de 50 ans d'études sur le devenir adulte des enfants placés. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 2008 ; 56 : 135-147.
- [26] Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
- [27] Connor PD, Sampson PD, Bookstein FL, Barr HM, Streissguth AP. Direct and indirect effects of prenatal alcohol damage on executive function. *Dev Neuropsychol.* 2000 ; 18 : 331-54.
- [28] Lemoine P, Lemoine H. Avenir des enfants de mères alcooliques (étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte) et quelques constatations d'ordre prophylactique. *Annales de pédiatrie.* 1992 ; 39 : 226-235.
- [29] Chassevent-Pajot A, Guillou-Landréat M, Grall-Bronnec M, Wainstein L, Philippe HJ, Lombrail P, Vénisse JL. Etude de prévalence des conduites addictives chez les femmes enceintes dans une maternité universitaire. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2011 ; 40 : 237-245.
- [30] Dumas A, Simmat-Durand L, Lejeune C. Grossesse et usage de substance psychoactives en France. Synthèse de la littérature. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* 2014 ; 43 : 649-656.
- [31] Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovic N, Shaw LM, Day NL, Kline J. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine* 1999 ; 340 : 333-9.
- [32] Cnattingius S, Signorello LB, Anneren G, Clausson B, Ekblom A, Ljunger E, Blot WJ, McLaughlin JK, Petersson G, Rane A, Granath F. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. *New England Journal of Medicine* 2000 ; 343 : 1839-45.
- [33] Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. *American Journal of Preventive Medicine* 1999 ; 16 : 208-15.
- [34] Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Job-Spira N. Tabac et grossesse extra-utérine. Arguments en faveur d'une relation causale. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 1998 ; 46 : 93-9.
- [35] Ananth C, Smulian J, Vintileas A. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy : a meta-analysis of observational studies. *Obstetrics and Gynecology* 1999 ; 93 : 622-8.
- [36] Williams M, Mittendorf R, Lieberman E. Cigarette smoking during pregnancy in relation to placenta praevia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1991 ; 165 : 28-32.
- [37] Grossesse et tabac – Conférence de Consensus. *Revue de Pneumologie Clinique*, 2005, 61, 2-83-104.

- [38] Finnegan, L. Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : Répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile, série Toxicomanie au Canada. Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- [39] Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome : review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997 ; 52 : 1003-9.
- [40] Strachan D, Cook DG. Parental smoking and childhood asthma : longitudinal and case-control studies. *Thorax* 1998 ; 53 : 204-12.
- [41] Cayol V, Corcos M, Clervoy P, Speranza M ; Grossesse et consommation de drogues psychoactives. Etat des lieux et stratégies thérapeutiques. *Annales de Médecine Interne*, 2000 : 151. Supplément B, pp. B20-B26.
- [42] Apostolidis T, Rouan G, Eisenhor S. Construction du rapport aux drogues dans un contexte de précarité. *Psychotropes* 2003 ; 9 : 65-81
- [43] Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry* 2009 ; 66 : 189-95.
- [44] Dayan J, Gerardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Obstétrique* 2014 ;9(2) : 1-17 [Article 5-110-B-10].
- [45] Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Gynécologie-Obstétrique*, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001, 7p.
- [46] Carmichael SL, Shaw GM, Schaffer DM, Laurent C, Selvin S. Dieting behaviors and risk of neural tube defects. *American Journal of Epidemiology* 2003 ; 158 : 1127-31.
- [47] Lamas C, Nicolas I, Alvarez L, Hofmann M, Buisson G, Gerardin P, et al. Troubles des conduites alimentaires maternels en période périnatale : un enjeu de prévention des troubles précoces du développement et de la parentalité. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale – Psychiatrie* 2014 ; 11(4) : 1-10 [Article 37-170-A-35].
- [48] Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Fraudenthal NMC, Charles MA, Verdoux H, Sutter-Dallay AL. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. *European Psychiatry*. 2015 ; 30 : 322-328.
- [49] Feldman R, Greenbaum C, Mayes L, Erlich S, Change in mother-infant interactive behavior : relations to change in the mother, the infant, and the social context. *Infant Behavior and Development* 1997 ; 20 (Suppl. 2) : 151-163.

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions

"Les réseaux de santé" ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations." Code de la santé publique, article L6321-1, 4 mars 2002.

Les Réseaux d'établissements : "Constitués entre établissements de santé, ils sont bien formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation. Ils n'ont pas pour objet la coordination entre la ville et l'hôpital."

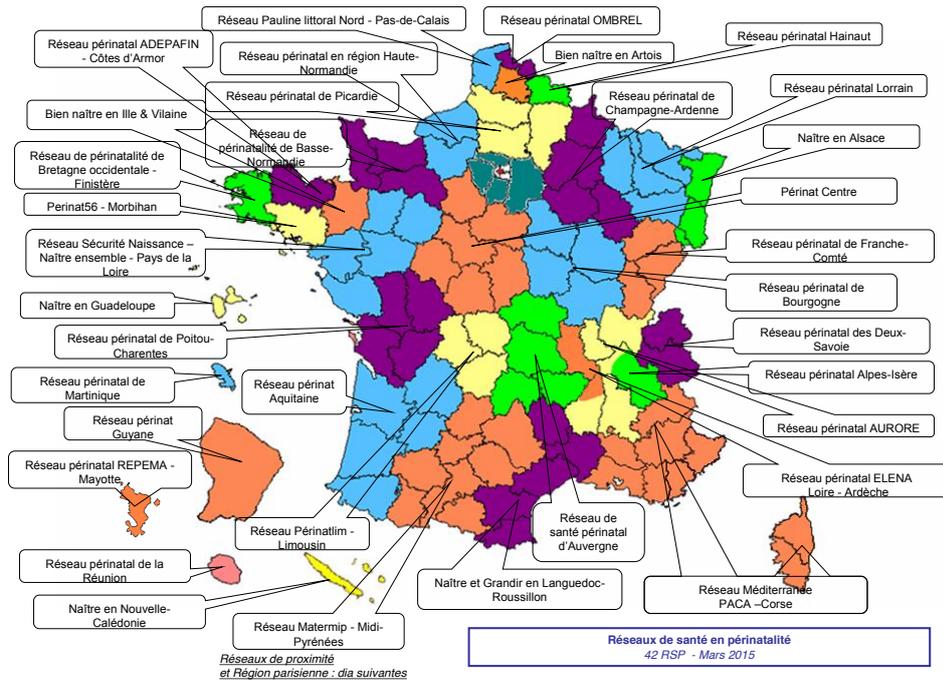
Les Réseaux ville-hôpital monothématiques : "Constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital, ces « réseaux pionniers » ont d'abord eu pour objet la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des toxicomanes. Ils peuvent concerner d'autres pathologies (cancer, hépatite C, d'autres maladies chroniques et complexes) et adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901."

Les Réseaux de santé de proximité : "Centrés sur les populations, à l'échelle du quartier ou de la ville, ces réseaux ont développé parallèlement à la prise en charge médico-sociale des personnes une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation. Ils sont généralement constitués sous la forme associative."

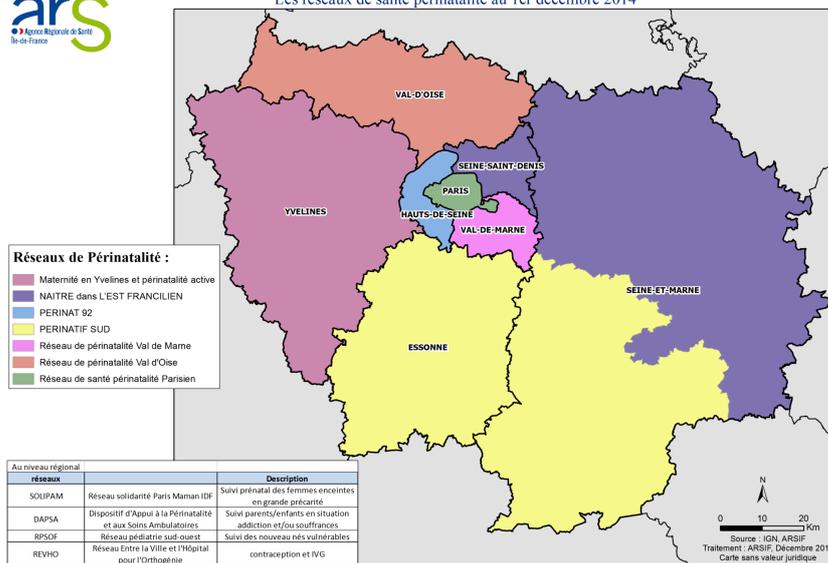
Les Réseaux de soins : “Ce sont les réseaux expérimentaux visés par le code de la sécurité sociale. Centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques, ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel. Actuellement, peu de réseaux bénéficient de cet agrément.”

Source : Resodys. Qu'est-ce qu'un réseau de soin ? un réseau de santé ? [en ligne] http://www.resodys.org/IMG/article_PDF/article_a110.pdf dernière consultation le 23/03/2016.

Annexe 2 : Carte des réseaux de périnatalité

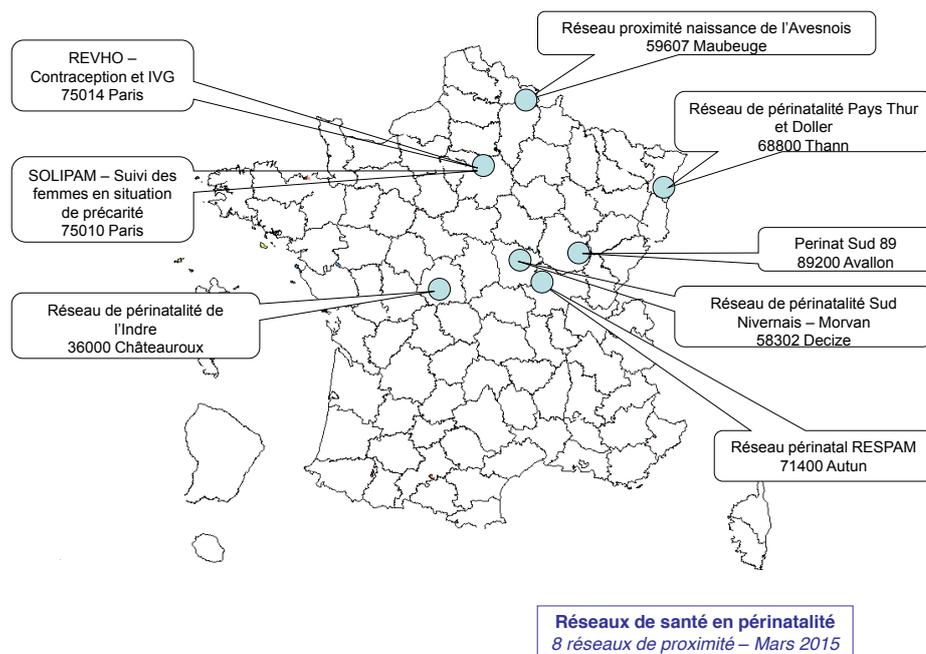


Les réseaux de santé périnatalité au 1er décembre 2014



Source : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

Annexe 3 : Carte des réseaux de proximité



Source : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

Annexe 5 : Grille de repérage des difficultés maternelles


 EN NEON DPA 004-1
 24.05.2005

REPERAGE DES DIFFICULTES MATERNELLES

Nom et prénom du BB : Né(e) le :

Nom et prénom de la maman : Chambre n°

Adresse : Tél :

DIFFICULTES REPEREES	QUELQUES EXPLICATIONS
↻ ANTECEDENTS PERSONNELS : - Placement à l'A.S.E. pendant l'enfance - Placement pour d'autres enfants	
↻ ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : - Tentative de suicide - Dépression maternelle - - Psychose puerpérale - Handicaps mentaux	
↻ ADDICTIONS : - Alcoolisme - Tabac - Toxicomanie - Substitution	
↻ ANTECEDENTS OBSTETRICAUX : - Interruption volontaire de grossesse - Nb de grossesses - IVG non réalisée - Echec de contraception	
↻ CARENCE AFFECTIVE DE LA MERE : - Abandon du père pendant la grossesse - Instance de divorce - Incertitude sur la reconnaissance légale de l'enfant - En rupture avec sa famille - Pas de visite à la maternité - Femme délaissée depuis la naissance de l'enfant	
↻ AGE DE LA MERE : - < 16 ans / 2 ^{ème} grossesse < 18 ans - Grossesse très tardive après plusieurs grossesses	
↻ CARENCES SOCIALES DE LA MERE : - Manque de ressources (chômage) - Pas de domicile fixe ou Hôtel - Situation irrégulière (pas de S.S. ou 1 ^{er} accouchement en France) - Demande de secours au bureau d'aide sociale	
↻ GROSSESSE DENIEE : - Projet d'abandon - Déclaration tardive de grossesse - - Grossesses antérieures non suivies	
↻ CONDITIONS DE VIE : - Fatigue excessive (travail, trajet ...), Famille nombreuse - HYGIENE	
↻ DESINTERET POUR LA PLACE DU BEBE : - Non préparation de la venue de l'enfant - Demande de placement	
- SITUATION D'INCESTE	

Annexe 5bis : Grille de repérage des difficultés maternelles

<p>⇒ DEFIANCE MARQUEE POUR LES SERVICES SOCIAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agressivité envers le personnel soignant - Problème de communication 	
<p>⇒ ACCOUCHEMENT PENIBLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne - Forceps - Accouchement mal vécu ... - Enfant rendu responsable de la pathologie maternelle - Discordance importante // enfant imaginaire 	
<p>⇒ SEPARATION MERE/ENFANT</p>	
<p>⇒ SORTIE PREMATUREE CONTRE AVIS MEDICAL :</p>	
<p>⇒ DIFFICULTES DE LA RELATION AVEC L'ENFANT :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evitement du regard - Difficultés de nourrir le bébé - Comportement inadapté par rapport aux besoins de l'enfant 	
<p>⇒ ANXIETE EXCESSIVE, IRRATIONNELLE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme déprimée +++ - Enfant ressenti fragile, petite pathologie mal vécue 	
<p>⇒ CONCURRENCE DE LA MATERNITE :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cherchant à faire mieux que la mère - Dévaluation de la mère par l'entourage 	
<p>⇒ HOSPITALISATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Traces de mauvais traitements - Négligences dans les soins - Désintérêt pour un enfant en Néonat. (pas de visite) 	
<p>⇒ ETAT SOMATIQUE GENERAL :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfant en mauvais état général (trouble alimentaire, du sommeil) - Prématurité - Retard de croissance - Handicaps ... - Troubles du comportement du bébé : cris et pleurs incessants, inquiétants, insupportables Hyper ou hypotonus exagéré 	
<p>⇒ FONCTIONS PATERNELLES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désintérêt pendant la grossesse - Non participation aux soins et à l'éducation du bébé 	

GRILLE DE PONDERATION : Situation Repérée A prendre en compte Alarmante

CONTACT PMI AVANT LA SORTIE : OUI Mme

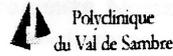
RELAIS PMI POUR : une surveillance simple une surveillance approfondie déjà connue

MEDECIN TRAITANT : VILLE

ELEMENTS IMPORTANTS (dates RDV) :

RESSENTI GENERAL :

Annexe 6 : Dossier d'inclusion au Réseau Proximité Naissance



! informations confidentielles

Fiche d'inclusion « RESEAU PROXIMITE NAISSANCE »

ANTE NATAL / date prévue accouchement :

POST PARTUM

Nom prénom enfant :

Né le :

Nom Prénom de la mère :... ..

Nom Prénom du père :

Adresse :

Origine information

- CHSA ✓ maternité ✓ néonate ✓ pédiatrie ✓ service social
- Val de Sambre :
- CH Fourmies :
- Conseil Général :
- Partenaire social :
- Médecin traitant :

Motif inclusion RPN :

Problème d'ordre psychologique	Problème d'ordre social	CCAR	Age de la mère	Antécédents	Relation M/E	autres

Complément information

INTERVENANTS CONNUS

Référent/ structure	coordonnées	Conduite à tenir :

Evolution de la situation point de vue RPN

Annexe 6bis : Dossier d'inclusion au Réseau Proximité Naissance



Réseau Proximité Naissance : 1^{ère} RCP le2010

Coordinatrice : Sylvie Dhoudain poste 4773

Les intervenants : fonction et coordonnées	Positionnement

Décision / situation : A classer A revoir (préciser si après contact médecin, visite PMI etc...)

R C P

Annexe 7 : Grille d'observation en maternité pour évaluer les capacités parentales à la prise en charge d'un nouveau-né par un parent déficient.

GRILLE D'OBSERVATION EN MATERNITE pour évaluer les capacités parentales à la prise en charge d'un nouveau-né par un parent déficient

consignes de remplissage : cocher la ou les cases qui correspondent à la situation

conseils de prise en charge :

Reformuler et répéter les consignes régulièrement et s'assurer qu'elles sont effectivement comprises de manière pratique et concrète.
 Importance de "FAIRE ENSEMBLE" et utiliser les outils présentés par le SAAP (annexés au présent document)
 Patience et vigilance supplémentaire nécessaires

	date	date	date	date
	Entree	Mi-sejour	sortie	commentaires
	commentaires	commentaires	commentaires	commentaires
Enfant				
poids de naissance				
prématurité				
besoin de l'enfant				
alimentation infantile : allaitement maternel				
alimentation infantile : lait infantile				
place de l'enfant dans la fratrie				
autre				
Parents				
nombre de grossesses				
présence du père non déficient intellectuel				
présence du père déficient intellectuel				
capacité à apprendre et mettre en pratique les conseils				
sait lire, écrire, compter, se repérer dans le temps et l'espace (doit permettre de mobiliser des outils adaptés)				
autre				
Relation Parent Enfant				
capacité de répondre aux besoins de base				
nutrition adéquate				
sait donner le bain				
sait dispenser les soins primaires				
capacité de répondre aux besoins affectifs				
contact physique adéquat				
réagit positivement aux sollicitations de l'enfant				
porte une attention à l'enfant : regard, portage ...				
éléments considérés comme stressants pour les parents				

observations relatives à la famille

Annexe 7bis : Grille d'observation en maternité pour évaluer les capacités parentales à la prise en charge d'un nouveau-né par un parent déficient.

contexte et environnement socio-familial	éléments considérés comme stressants pour les professionnels et non pour les parents								
	défaut de surveillance								
	comportement inadapté								
	exigence inadaptée par rapport à l'enfant								
	autre								
	Etayage familial et réseau amical								
	présence des grands-parents non déficients								
	présence des grands-parents déficients intellectuels								
	présence autres membres de la famille sécurisants								
	présence d'un réseau amical sécurisant et investi								
autre									
Propositions et Préconisations	Etayage Professionnel								
	existant								
	grossesse suivie								
	grossesse non suivie								
	placement précédent d'autres enfants (ASE)								
	connu par professionnels de santé								
	connu par professionnels médico-sociaux								
	connu par professionnels tuteurs								
	connu par des services d'accompagnement spécialisé dans le handicap								
	autre								
caractérisation et objectivation du danger, risque de danger, absence de danger selon vous, y a-t-il :	danger avéré pour l'enfant								lequel
	risque de danger pour l'enfant								lequel
	préoccupation majeure								
	préoccupation mineure								
absence de danger									
capacité d'adhésion de la famille aux propositions									
Préconisation à la sortie de Maternité									

AUTEUR : Nom : PINCHOU Prénom : Marion

Date de Soutenance : le 19 avril 2016

Titre de la Thèse : Etude épidémiologique du Réseau Proximité Naissance, un réseau de proximité en périnatalité.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Pédiatrie

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Périnatalité, Réseau de Soins, Précarité, Grossesse

Résumé :

Contexte : Le bassin du Val de Sambre est une région caractérisée par des marqueurs socio-démographiques plus défavorables que dans le reste de la France : le taux de chômage y est plus élevé et la moitié des ménages appartient aux classes socio-professionnelles défavorisées. Depuis 1999, le Réseau Proximité Naissance accompagne les femmes enceintes en difficultés (rupture sociale, conduite addictives, grossesses précoces chez les adolescentes). Nous souhaitons étudier les motifs d'inclusion dans ce réseau et leur évolution entre 2010 et 2014.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique, descriptive, rétrospective, concernant toutes les situations incluses au Réseau Proximité Naissance entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2014. Toutes les fiches d'inclusion au réseau concernant ces situations ont été recueillies et les motifs d'inclusion ont été analysés.

Résultats : Entre 2010 et 2014, 9969 naissances ont eu lieu en Sambre-Avesnois. 477 naissances étaient concernées par une inclusion au réseau. 34% de ces inclusions avaient été faites en raison de l'âge de la mère, 27% en raison d'une carence affective de la mère, 26% en raison d'une carence sociale, 26% en raison des antécédents personnels de la mère et 22% en raison d'une addiction maternelle. L'évolution des raisons d'inclusion était globalement stable au cours des cinq années, sauf pour les inclusions en raison des antécédents psychiatriques, de la carence sociale, d'une séparation de la mère et de l'enfant, de difficulté dans la relation avec l'enfant et d'un trouble des fonctions paternelles, qui diminuaient. Seules les inclusions en raison des antécédents obstétricaux étaient en augmentation sur la période étudiée. La moitié des situations étaient incluses par le Centre Hospitalier de Sambre Avesnois, 24% par la Polyclinique du Val de Sambre, 12% par la Protection Maternelle Infantile et 3% par les partenaires sociaux. 134 situations étaient incluses pendant la grossesse : le repérage anténatal augmentait au cours de notre étude, passant de 24% en 2010 à 45% en 2014.

Conclusion : Les motifs d'inclusion les plus fréquents étaient les maternités précoces, les situations de précarité, les antécédents de placement à l'Aide Sociale à l'Enfance et les addictions. Le Réseau Proximité Naissance répond donc à ses objectifs initiaux.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Louis Vallée

Asseseurs : Monsieur le Professeur Laurent Storme, Monsieur le Professeur Patrick Truffert, Monsieur le Docteur Hannequart

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Magloire Gnansounou