

RÉFÉRENTIEL

pour la mise en place et l'animation de formations « au travail en réseau personnalisé de soins »

Ce référentiel a été réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé, Bureau de la Santé Mentale, pour faire suite à la mise en œuvre du Plan Périnatalité 2005-2007, de la circulaire DHOS de juillet 2005, et des Plans «Santé mentale» et «Violence et Santé».

Il développe et précise les conditions nécessaires à l'analyse interdisciplinaire des situations à haut risque émotionnel – de la période de grossesse à la petite enfance –, afin d'améliorer les pratiques d'accompagnement étroitement coordonnées autour de la singularité de chaque femme enceinte et de sa famille.

Il constitue par ailleurs un complément du référentiel de formation à l'entretien prénatal précoce, entretien visant à améliorer le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, et à activer un réseau de soins personnalisés quand celui-ci se révèle nécessaire pour prévenir tant les troubles psychoaffectifs que la maltraitance au sein de la famille.

L'action pédagogique «formation en réseau» est devenue sur le terrain un outil remarquable. Elle améliore *l'engagement des acteurs de 1^{re} ligne et l'ajustement des interventions*. Elle réduit également la part iatrogène d'actions parfois morcelées, ou objectivantes, ou décalées. Un environnement professionnel coordonné, centré sur la possibilité donnée aux parents d'exprimer leurs éléments d'insécurité et de sécurité, offre au contraire un support relationnel aux étapes où se construisent les premiers liens parents/enfant, dans une continuité suffisante : si les futurs parents ont éprouvé la fiabilité du système de soins, ils pourront parallèlement consolider leur propre sécurité intérieure. La remise en confiance des parents conditionne leur possibilité de faire appel ultérieurement.

D'autre part, les professionnels trouvent là un soutien mutuel et une clarification de leur rôle, dans un ajustement précis à la place des autres, qui augmente l'efficacité de leur intervention et les protège de leur sentiment d'isolement dans les situations complexes.

A terme, précisions et coordinations des rôles de chacun permettent une meilleure utilisation des moyens existants.

Ce référentiel bénéficie d'une diffusion sur les sites des sociétés scientifiques impliquées dans sa réalisation :

Société Française de Médecine Périnatale, Société Francophone de Psychologie Périnatale, Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement. Une présentation DVD complète cet écrit en y incluant l'exemple commenté d'une démonstration en session de formation.

PRÉAMBULE

Dès la fin des années 1970, l'anamnèse des troubles du développement et de la personnalité chez les enfants les plus atteints avait mis en lumière la fréquence d'événements périnataux traumatiques, ou la dissolution de liens familiaux sans doute favorisée par des pratiques médicales et/ou sociales qui ne prenaient pas suffisamment en compte les besoins affectifs de l'enfant et des parents. La mobilisation des services de pédiatrie néonatale puis d'obstétrique s'est traduite par un changement progressif d'état d'esprit, en un temps où les progrès techniques avaient fait chuter les taux de mortalité périnatale. L'intérêt de quelques psychiatres, gynécologues - obstétriciens et pédiatres, ont ouvert la voie à des collaborations médico-psychologiques, et ainsi à un début d'approche somato-psychique du développement.

En 1986-88, se met en place à Montpellier (sous l'impulsion des services de pédopsychiatrie du CHU de Montpellier et de l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement AFREE) une première formation régionale interdisciplinaire, réunissant l'ensemble des acteurs de la périnatalité pour 15 sessions réparties sur trois ans. La part iatrogène d'interventions non coordonnées est mise à plat, en même temps que s'élaborent les premières règles de communication interprofessionnelle.

En 1986 et 1987, le ministère de la Santé organise les Journées de sensibilisation à l'accueil en maternité et incite l'AFREE à réaliser des documents vidéoscopés centrés sur le témoignage de parents et de professionnels, afin d'aider à la prise de conscience des acteurs des disciplines concernées. Parallèlement, le ministère de la Santé soutient activement l'organisation de « Formations nationales de formateurs à l'approche médico-psychologique en périnatalité ». Ces formations, dont les premières ont eu lieu en 1989, se poursuivent jusqu'à ce jour à Montpellier. Elles sont le creuset duquel émerge au fil des années une « clinique périnatale en réseau » : sémiologie, hypothèses, validation, nouveaux concepts, références théoriques.

Par ailleurs, le concept de « *sécurité affective* » apparaît dans les *Plans « Périnatalité »* à partir de 1994. Le Haut Comité de Santé Publique finance une étude prospective qui va donner ses lettres de noblesse à cette nouvelle discipline qu'est la clinique périnatale en réseau, en même temps que se dégage une méthode pédagogique originale. La corrélation entre les perturbations des liens intrafamiliaux et les dysfonctionnements dans la communication interprofessionnelle autour de ces familles, de la grossesse à la petite enfance, valide l'hypothèse de départ. Bien plus, elle ouvre sur son corollaire : ***un environnement ajusté à l'expression des familles et coordonné avec précision*** peut constituer ***un support remarquable*** auprès des familles les plus bousculées sur le plan psychoaffectif. La sollicitude inhérente au suivi de la grossesse/naissance devient un outil de reconstruction de l'estime de soi auprès de parents bousculés par la vie.

Les règles d'intervention psychologique sont explorées. En effet, les formations académiques en psychologie/psychiatrie, destinées aux champs médical et social, tout en diffusant une culture de base sur les processus psychiques, ont généré chez nombre de professionnels une part d'effet délétère, entre paternalisme et intrusion. Il fallait réintroduire l'intersubjectivité de manière rigoureuse, parallèlement au développement fulgurant des connaissances en neurophysiologie sur le rôle de l'environnement humain dans le développement cérébral et la construction globale de l'enfant.

Les travaux sur la dépression anté- et postnatale mettaient par ailleurs en lumière l'existence pendant la grossesse de signes d'alarme, inaccessibles hors d'un dialogue attentif avec les futures mères en cours de grossesse.

La technique pédagogique « *analyse prospective interdisciplinaire de situations à haut risque émotionnel* », issue de la méthodologie de recherche (formation dite « en réseau »), fait ses preuves aux cours des formations de formateurs, et se répand sur de multiples sites, en France et à l'étranger, malgré les difficultés d'organisation et de financement qui sont liés aux problèmes de cloisonnement des secteurs concernés : hospitalier, libéral, social et médico-social. psychologique/psychiatrique... Le montage interinstitutionnel nécessite la mise en place de groupes de pilotage locaux composés de professionnels déjà sensibilisés. L'animation des groupes suppose des formateurs expérimentés tant sur le plan clinique que pédagogique, et ces dix dernières années ont permis l'émergence d'un début de réseau de formateurs.

Un tournant significatif s'opère en 2002 avec la loi d'instauration des réseaux de santé, puis la création de la Dotation nationale des réseaux, enfin en 2004-2005 avec l'annonce du Plan Périnatalité 2005-2007, la circulaire de juillet 2005, le Plan Violence et Santé, le Plan Santé Mentale. Tous mettent en exergue la nécessité d'une meilleure coordination de l'action précoce qui impose le déplacement en amont des énergies habituellement déployées après la naissance lors de la survenue de troubles constitués, énergies qu'il s'agit d'investir dans une politique de prévention dès la grossesse.

La personnalisation des « réseaux de soins précoces » devient possible avec la mise en place de l'entretien prénatal précoce. Reste à généraliser une véritable culture du travail en partenariat, qui passe par une connaissance mutuelle des acteurs médicaux (hospitaliers et libéraux) de la périnatalité, les acteurs médico-sociaux et les divers acteurs du champ « psy » – et ce de la période de la grossesse à la petite enfance. Au travers des divers lieux et instances institutionnelles, il s'agit d'apprendre à « penser ensemble » sa propre place et celle des autres intervenants, afin d'offrir aux parents et/ou enfants vulnérables un environnement sécurisant, dans la continuité et la durée nécessaire, au-delà des cloisonnements qui ont marqué les dernières décennies.

Dans cette mouvance, la Société Francophone de Psychologie Périnatale, affiliée à la Société Française de Médecine Périnatale, est sollicitée pour réaliser un référentiel de « formation en réseau », avec l'aide technique de l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et l'Environnement qui a mis en forme et expérimenté depuis 1986 les formations interdisciplinaires en périnatalité. Il faut noter que la « séméiologie du travail en réseau » s'avère applicable à d'autres problématiques (adolescence, par exemple) : elles mettent en jeu des acteurs différents mais selon des règles identiques d'interdisciplinarité.

SOMMAIRE

Préambule	3
La formation interdisciplinaire sur site dite « formation en réseau »	7
1. ORGANISATION	7
1. 1. Le public concerné	7
1. 2. Montage de la formation	7
1. 2. 1. Organisation d'un cycle	7
1. 2. 2. Constitution d'un groupe fermé :	7
1. 2. 3. Déroulement d'une session	8
1. 3. Les conditions de sa mise en place	8
1. 3. 1. Un contexte de terrain favorable	8
1. 3. 2. L'équipe organisatrice	8
2. MÉTHODE PÉDAGOGIQUE	9
2. 1. Études et réflexions à mener avant tout exposé d'une situation	9
2. 1. 1. Le niveau de sensibilisation du groupe	9
2. 1. 2. Le choix du cas clinique présenté	9
2. 1. 3. La préparation de la présentation longitudinale prospective du cas clinique :	10
2. 1. 4. Le respect de la chronologie prospective dans la présentation	11
2. 1. 5. Le tri du matériel clinique	11
2. 2. L'Animation de la session	12
2. 2. 1. Les objectifs	12
2. 2. 2. La méthode	14
3. ÉVALUATION ET SUIVI DE LA FORMATION	15
3. 1. L'évaluation pour le participant :	16
3. 1. 1. Objectifs :	16
3. 1. 2. Moyens : Auto questionnaire (cf. annexe)	16
3. 2. Évaluation par le groupe de pilotage des effets sur les pratiques à l'échelle du bassin de naissance	16
3. 2. 1. Objectifs	16
3. 2. 2. Moyens	16
4. FINANCEMENT	17
4. 1. Principes :	17
4. 2. Les partenaires :	17
4. 3. Autres partenaires :	17
Annexes	19

LA FORMATION INTERDISCIPLINAIRE SUR SITE DITE «FORMATION EN RÉSEAU»

Elle a pour objectif de promouvoir les conditions de l'accompagnement, du soin personnalisé et de faciliter les dynamiques de travail interprofessionnelles (cf. : annexe I – réseau personnalisé de soins)

1. ORGANISATION

Il s'agit d'organiser, dans des villes qui le souhaitent, des groupes de travail (15 à 35 professionnels de terrain), qui reprennent des cas cliniques avec l'aide d'un animateur expérimenté (clinicien familier du travail en réseau).

Ces groupes apprennent à «penser ensemble» à propos de situations de grande vulnérabilité familiale sur des programmes de sessions pluriannuelles.

1. 1. Le public concerné

Ces formations s'adressent aux :

- Équipes hospitalières privées et publiques d'obstétrique et de néonatalogie : médecin, sage femme, puéricultrice, infirmière, auxiliaire de puériculture, aide soignante, ASH, secrétaire, assistante sociale...
- Sages-femmes et médecins pédiatres et obstétriciens du secteur libéral.
- Médecins généralistes,
- Équipes PMI : médecins, sage-femme, puéricultrice, infirmière, secrétaire, conseillères conjugales, psychologue
- Équipes de CAMSP
- Travailleurs sociaux : assistante sociale, éducateurs, attaché de l'aide sociale à l'enfance...
- Équipes de pédopsychiatrie
- Équipes de psychiatrie adulte privées et publiques
- Rééducateurs libéraux
- Professionnels d'associations engagés dans la petite enfance (travailleuse familiale, professionnels de crèche...).

1. 2. Montage de la formation

1. 2. 1. ORGANISATION D'UN CYCLE

Afin de mobiliser durablement les représentations des participants, le cycle de formation s'inscrit, sur une ou deux années, à raison de 3 à 6 sessions par an en fonction des financements obtenus. Il sera renouvelable en fin de cycle après évaluation, et redéfinition des objectifs.

1. 2. 2. CONSTITUTION D'UN GROUPE FERMÉ :

Sa constitution pluridisciplinaire et pluri-institutionnelle est essentielle pour que s'échangent et se discutent des points de vue différents. La présence des professionnels médicaux de

l'anténatal et de la naissance est nécessaire pour permettre de faire débiter les situations à partir de la grossesse.

Réunissant 15 à 35 participants, le groupe constitué devra être stable tout au long du cycle afin que s'approfondisse au fur et à mesure le travail d'analyse des situations

Des professionnels non inclus dans le groupe de base mais intéressés pourront présenter une situation en participant libre, puis s'inscrire s'ils le souhaitent dans un cycle ultérieur.

1. 2. 3. DÉROULEMENT D'UNE SESSION

C'est la présentation d'un cas clinique par les acteurs engagés dans la situation qui constitue le contenu d'une session.

Cette session se déroulera en une demi-journée. La présentation elle-même sera précédée d'une préparation minutieuse. Puis, selon la méthode dite « prospective longitudinale », le cas sera exposé selon un axe chronologique avec des arrêts lors de moments clés prédéfinis au cours de la préparation initiale.

Les échanges au sein du groupe permettront d'aborder de nombreuses informations concernant tel ou tel type de problèmes, tel contexte de travail définissant ainsi l'aspect technique du travail en réseau mais aussi de confronter des points de vue différents qui seront articulés les uns aux autres par l'animateur.

En fin de session, il sera procédé à une reprise de l'ensemble de la situation pour en tirer des points de repère plus généraux, applicables à d'autres situations. Des concepts « ponts » entre les disciplines émergeront alors de cette réflexion (cf. méthode d'animation, page 14)

1. 3. Les conditions de sa mise en place

Trois éléments principaux participent de la mise en place de ces sessions

1. 3. 1. UN CONTEXTE DE TERRAIN FAVORABLE

Il faudra réunir des équipes suffisamment sécurisées pour qu'elles puissent s'engager dans un travail de réflexion sur leur pratique. La réussite de l'entreprise devra beaucoup à la qualité des partenariats déjà en place même parcellaires. Enfin, il faudra mobiliser les participants localement capables de s'engager dans l'organisation. (sensibilisés ou déjà formés, cf. *Formation de formateurs en périnatalité*)

1. 3. 2. L'ÉQUIPE ORGANISATRICE

1. 3. 2. 1. Le groupe de pilotage

Sa composition sera pluri-institutionnelle, en veillant à la participation des personnels de maternités et du secteur libéral et de professionnels engagés sur le terrain dans le travail de partenariat.

Elle aura pour fonction à la fois la logistique locale de la formation (salle, information, lien avec l'animateur...); la recherche de financement; la sélection des situations et l'aide à la préparation des sessions avec participation ou non à l'animation selon les sites; le travail d'ajustement nécessaire après chaque session et celui des évaluations de fin de cycle.

1. 3. 2. 2. L'animateur

Il sera choisi selon plusieurs critères.

Il devrait tout d'abord être extérieur au site de formation pour favoriser une neutralité pédagogique.

Formé à la reprise de cas difficiles, il aura une expérience clinique stabilisée de travail en partenariat autour de la naissance; une expérience en psychopathologie de l'enfant; une connaissance actualisée

des structures (médicales, sociales, psychiatriques) ; la capacité d'accompagner les émotions des professionnels et d'y réintroduire du sens ; la capacité à faire anticiper le groupe lors des moments clés ; une connaissance de la méthode longitudinale prospective acquise à l'issue d'un cycle de formation de formateurs Afrée.

Son rôle sera en amont d'apporter son aide technique au groupe de pilotage (choix de la situation, repérage des thèmes et des moments clés)

Pendant les sessions, c'est lui qui animera le tour de table initial, fixera les thématiques à travailler lors des pauses, aidera au dégagement des « concepts ponts »

2. MÉTHODE PÉDAGOGIQUE

Nous étudierons les conditions préalables à l'exposé d'une situation puis l'animation de la session

2. 1. Études et réflexions à mener avant tout exposé d'une situation

2. 1. 1. LE NIVEAU DE SENSIBILISATION DU GROUPE

La première tâche de l'animateur sera de collecter auprès du groupe de pilotage un certain nombre d'informations.

Il cherchera à connaître en particulier les antécédents du travail de collaboration, les moyens qui ont été mis en œuvre pour cette sensibilisation (soirée à thèmes, participation à la formation de formateurs, projet de formation sur une thématique...), les ressources spécifiques offertes par le site et les points sensibles du contexte local : changements récents de professionnels sur des postes clés, incidence particulière d'une problématique, regroupements de maternité, déménagement...

2. 1. 2. LE CHOIX DU CAS CLINIQUE PRÉSENTÉ

Rappelons qu'il vise à illustrer la dynamique de la famille et son environnement tant du point de vue des ressources qu'en examinant les facteurs de discontinuité ainsi que les éléments iatrogènes qui pourraient être induits dans le suivi (superposition, ignorance mutuelle, divergence). Il doit aussi mettre au jour les hiatus qui pourraient apparaître lors de la transmission d'information entre les différentes catégories de professionnels et les risques qui en résultent.

Opérons un bref rappel des caractéristiques du cas clinique. Il commence strictement à partir de la période anténatale de la grossesse dont il sera question sans réelle anamnèse; il est absolument centré sur l'axe du suivi médical (médecin, sage-femme). Il ne sera exposé que par des professionnels engagés dans cette situation (médicaux, sociaux, psychologiques/psychiatriques); il devra illustrer une ou plusieurs problématiques de mise en place d'un réseau personnalisé et comporter un recul suffisant, pour permettre de valider après coup les hypothèses émises par les participants en début de présentation.

La situation présentée sert de support à la discussion du groupe sur le travail de partenariat. Elle ne peut être l'occasion d'une supervision, ni d'une analyse de pratique.

2. 1. 3. LA PRÉPARATION DE LA PRÉSENTATION LONGITUDINALE PROSPECTIVE DU CAS CLINIQUE :

2. 1. 3. 1. La première étape consistera à aller chercher les acteurs principaux de la situation pour permettre de

- retrouver le déroulement chronologique et la place de chacun
- insister sur les articulations, transmissions entre partenaires.
- stabiliser les éprouvés des professionnels qui vont présenter
- choisir ensemble les phases de la situation pertinentes pour faire réfléchir les participants

2. 1. 3. 2. La seconde étape consistera à organiser la prise de parole étape par étape avec des arrêts choisis

Avec les acteurs de la situation, le groupe de pilotage se met d'accord pour définir les pauses dans l'exposé. Elles correspondront à des moments clés qui illustrent le plus souvent un tournant dans la prise en charge. Le public sera invité à réagir sur les éléments apportés, formuler des hypothèses psychodynamiques sur la situation, proposer enfin des pistes de travail.

Sans préjuger des résultats, en voici quelques-unes :

modalités de transmission : pourquoi, comment, à qui, à quel rythme ?

proposition d'orientation du suivi : sur quels arguments, quel projet, quel retour en attendent-ils ?

Comment apparaît la nécessité d'une coordination, qui se portera garant de la lisibilité des actions pour les membres de la famille qui va accueillir un nouvel arrivant ? Comment cela s'organise-t-il ? Par quel biais sortir de la sidération de transmissions « paralysantes » ?

Le **premier arrêt** se distingue des suivants qui seront, eux guidés par le déroulement de la séance. Il doit intervenir au moment bien précis où l'intervenant initial a présenté les éléments recueillis lors de sa rencontre avec la famille et a témoigné de ses propres impressions au sujet de cette rencontre mais n'a pas encore exposé sa proposition de travail.

Les **arrêts suivants** (puis «moments-clés») sont choisis lorsque surgissent des événements lourds ou des risques de rupture de la communication (irruptions émotionnelles comme des bouffées d'angoisse ou l'émergence d'une agressivité trop importante; des ruptures de communication; des changements d'équipe, des transferts, la préparation d'un relais ou tout événement non prévisible)

Le **nombre de moments clés** dépend de la dynamique de la discussion. En principe, les deux premières pauses seront les plus longues afin de laisser venir questions et hypothèses, permettre aux participants de disciplines différentes d'échanger leurs points de vue. Repérer les différences et les éprouver ensemble permettra de les articuler et non de les opposer.

Les pauses dans leur ensemble permettront aux divers acteurs de mieux situer et leur propre place et celles des autres intervenants auprès des parents et de l'enfant.

Elles permettront de repérer les ruptures dans la continuité (communication, représentations, avis) qui seront justement choisies comme points d'arrêt (voir plus haut)

- veiller à se recentrer sur la perception par la famille des interventions dont elle est l'objet,

- repérer les éléments iatrogènes de pratiques insuffisamment coordonnées.

2. 1. 4. LE RESPECT DE LA CHRONOLOGIE PROSPECTIVE DANS LA PRÉSENTATION

Il permet à chaque participant de s'imaginer en continu dans la situation.

Il favorise la mise en situation par chaque participant au regard des autres.

Il facilite aussi l'élaboration et l'analyse des facteurs de risque relationnel et des propositions de travail sans connaître ni la suite ni les prises en charge proposées.

Les conditions de présentation permettent de faire l'expérience de la découverte de points de vue totalement différents à partir du même matériel clinique. La confrontation qui ne manquera pas de subvenir nécessite la présence d'un animateur expérimenté.

Il permet d'élaborer des hypothèses en groupe et de les valider ou non dans un 2^e temps grâce à l'exposé de l'évolution clinique et de l'effet des interventions. Cette possible vérification des hypothèses est fondamentale pour acquérir une rigueur d'analyse et consolider la sémiologie du travail en réseau.

Le respect de la chronologie nécessite de faire le choix d'un mode de présentation assez précis sur son déroulement : *parler en semaines d'aménorrhées ou en jour de l'année, préciser les délais d'intervention : « nous sommes intervenus 48 heures après la demande de consultation »*

2. 1. 5. LE TRI DU MATÉRIEL CLINIQUE

La **pluridisciplinarité** du public impose un effort de clarté dans le vocabulaire utilisé et un effort d'explication sur le sens de chaque démarche (aspect informatif des pratiques)

Un soin particulier sera porté pour réunir un matériel et une somme d'informations factuelles suffisante pour aider les participants à se représenter aisément la situation en question.

La **dynamique de réflexion** que l'on vise nécessite une grande précision sur le contexte de recueil des informations d'ordre affectif ou social (auprès de qui, à quel moment du suivi, dans quel climat de confidentialité, avec quelle teneur émotionnelle ?), un éclairage permanent sur **l'absence** d'éléments essentiels tels que *présence du père, existence d'un médecin généraliste...*

Il faut aussi une rigueur dans l'énoncé d'éléments intimes, parfois lourds, présents ou passés. Ces éléments peuvent venir de plusieurs sources (*patient ou membre de son environnement, dossier précisant ou pas le contexte de la confiance, réunion médico-sociale...*).

Il faut enfin un minimum sur les représentations et les éprouvés qui habitent le professionnel au fil de ses rencontres avec la famille et/ou les autres intervenants : *poids d'une transmission sans moyen de savoir si la patiente est au courant, appréhension devant le haut risque médical énoncé par l'obstétricien, sidération face à l'isolement et au manque de transmission.*

***Les effets du manque de préparation des cas
sont toujours négatifs***

On décelera rapidement chez les **professionnels** qui présentent un manque de maîtrise des affects ou une banalisation défensive de l'exposé. Ils ne pourront pas respecter la chronologie prévue, et la recherche au fur et à mesure d'une logique de présentation se traduira par une monopolisation de la parole.

L'animateur donnera un sentiment de préparation en direct de la situation, avec des recadrages permanents de l'exposé au détriment évident de l'attention portée sur les réactions du public...

Quand au **public**, il ne percevra que cette impression de flou dans la présentation, avec les risques de décrochage de l'attention, une impossibilité à s'identifier, un renforcement éventuel d'un corporatisme, et un dérapage de l'analyse vers la seule problématique des professionnels

2. 2. L'Animation de la session

2. 2. 1. LES OBJECTIFS

2. 2. 1. 1. Mobiliser les représentations interprofessionnelles

Les participants, qui appartiennent à l'ensemble des disciplines et modes d'exercice concernés, seront invités à s'identifier à la famille dont la situation est présentée (cette famille se repère-t-elle dans ce qui se passe autour d'elle?; a-t-elle eu la possibilité de dire ses facteurs d'insécurité?; les conditions de la confiance sont-elles en place?)

Ils vont aussi être invités à s'identifier à la succession des acteurs (médicaux, sociaux, psy, justice...). Jusqu'où s'engager?; sur qui s'appuyer? que transmettre?

L'objectif est de permettre par la suite à chaque professionnel d'affiner sa propre place en fonction de celle des autres. Et ainsi d'éviter les confusions et les superpositions dans l'environnement humain des familles vulnérables.

2. 2. 1. 2. Élaborer des outils de travail interdisciplinaire en session

Ces outils permettront d'accéder aux signes fins d'éventuelles souffrances psychiques ou de risques de pathologie du lien ultérieur. Ceux-ci ne se perçoivent qu'au travers d'une vision sous plusieurs éclairages qui suppose des conditions d'engagement relationnel et de collaborations interdisciplinaires rigoureuses.

La rencontre avec la singularité de la patiente et de sa famille doit rester au cœur des débats.

Connaissance de l'institution

Cette connaissance mutuelle des divers modes d'exercice et institution (médical, social, psychologique, psychiatrique...)

– doit être acquise par l'animateur qui fera des comparaisons avec des pratiques différentes dans d'autres lieux de prise en charge.

– Et sera acquise par les professionnels qui, à partir de l'exposé, relatent leurs pratiques cliniques et par les participants à travers témoignages et confrontations des pratiques de chacun dans les débats.

Rencontres personnalisées avec la famille

Il s'agit d'étudier les conditions d'ouverture du dialogue et de l'accès à la vie émotionnelle des futurs parents pour réaliser un accueil le plus ajusté possible.

Le premier accueil va largement conditionner le climat ultérieur des rencontres parents/professionnels.

Cette mise en place implique d'abord que la sécurité des professionnels soit prioritaire. Elle passe par une bonne connaissance de la place des autres professionnels susceptibles d'intervenir, une disponibilité matérielle et humaine adaptée à la situation. Et par la possibilité d'éclairage rapide avec un tiers si difficile (travail indirect).

Sécurisation des relations

Elle s'opérera en favorisant l'établissement de liens de confiance à partir du suivi médical sans rechercher les vulnérabilités psychologiques. Il est préférable d'éviter l'exploration active du passé affectif sauf à la rigueur avec des points d'appel dans le présent de la grossesse.

Les sessions devront permettre l'exposé d'*une expérience relationnelle neuve pour les parents reposant sur la fiabilité et la continuité.*

Cela se fera :

1) en anticipant les facteurs de discontinuité interprofessionnelle par le repérage des professionnels déjà en place et la stabilisation de sa propre place avant d'envisager un relais

2) en aidant à structurer les grandes orientations

Quels doivent être les modes de communication avec les parents, comment organiser les relais et les dangers d'une trop grande précipitation, quels seront les liens avec les professionnels impliqués ? Comment ouvrir un relais vers le champ psychologique ou le champ social à partir des facteurs de risque médicaux ?

Quelles sont les modalités d'intervention directe du psy ? Est-ce lui ou un autre intervenant qui fait des propositions et sous quelle forme ? Comment le travail de deuxième ligne permet au professionnel en direct auprès des femmes de penser autrement son propre engagement et l'organisation des liens ?

Comment mesurer les risques d'une consultation psy systématique : sera-t-elle une aide ou au contraire un frein à la structuration des liens de confiance entre les parents et les professionnels impliqués ? Et quel sera son impact sur l'engagement professionnel ?

La structuration des grandes orientations de la session passe aussi par l'organisation du «**suivi du suivi**» avec divers niveaux de vigilance selon le degré de vulnérabilité avérée ou suspectée (*cf. signe d'alarme : décalage émotionnel*)

La vérification du bon déroulement de l'orientation du double point de vue de la logistique et du vécu. De qui cela relève-t-il? (exemple : *en salle de naissance et en post-partum immédiat, qui garde la globalité? qui est le mieux placé pour élaborer avec les parents cette synthèse? Et avec quel support?*)

L'activation des liens interprofessionnels? En fonction de quels critères (disponibilité, demande des parents, anticipation d'un risque possible de dérapage)? Avec quelle garantie de lisibilité pour les parents?

3) en instituant éventuellement un coordonnateur

Il s'agira d'évaluer la nécessité d'une coordination spécifique et la capacité à faire tiers selon le moment, la problématique et le degré d'établissement de la confiance et de choisir qui veillera à ce que les parents demeurent au centre du processus.

Les paramètres de la fonction de coordination clinique varieront selon la thématique – diagnostic anténatal, toxicomanie, psychopathologie parentale, précarité? (réfèrent? pour qui?); selon l'ancienneté des liens interprofessionnels, la bonne connaissance des habitudes de travail, la confiance déjà instituée.

4) en anticipant le suivi postnatal

Il faudra tenir compte des premiers signes d'alarme même si l'accompagnement anténatal a permis un apaisement temporaire des signes d'inquiétude; s'appuyer sur la connaissance acquise des évolutions pathologiques négatives ultérieures si l'étayage postnatal n'a pas été anticipé suffisamment tôt. Il faudra s'occuper aussi du devenir de la fonction coordinatrice anténatale, prévoir son arrêt et soutenir enfin une vigilance sur la rigueur des liens entre les intervenants médicaux, sociaux et psychologiques à court et moyen terme

Le retour d'information aux professionnels de départ est absolument nécessaire à la validation du travail effectué aux étapes précédentes.

2. 2. 2. LA MÉTHODE

Le tour de table initial sera modulé suivant la composition du groupe et le contexte du terrain. Après la présentation des participants, il sera procédé à un rappel des règles de présentation

À chaque étape de la présentation prospective du dossier centré sur le récit de la trajectoire des professionnels autour de la famille en construction, l'analyse se fait sur quatre niveaux articulés entre eux :

2. 2. 2. 1. Faire émerger la dynamique des familles :

évaluation par le groupe de la vulnérabilité et des ressources des parents à partir des éléments présentés, de ceux qui manquent; Écouter les différences et les similitudes d'analyse en fonction des places et rôles de chacun auprès de la famille.

2. 2. 2. 2. Faire émerger la dynamique des professionnels :

repérage par le groupe de qui est engagé ou/et absent dans la situation, des modalités de transmission interprofessionnelle et interdisciplinaire, des ruptures dans la continuité des soins et de la iatrogénie éventuelle des

pratiques (objectivation, intrusion, manque de lisibilité, absence du ressenti de la femme enceinte dans l'organisation du projet de soins)

2. 2. 2. 3. Contenir et analyser avec le groupe la technique de présentation :
en s'appuyant sur la préparation initiale, veiller à la bonne répartition en temps et en contenu des prises de parole des professionnels qui présentent et des participants qui réagissent [propos trop techniques, monologue ou dialogue qui exclut les autres (apparition en général de brouhaha dans la salle), support d'un professionnel très impliqué émotionnellement...],
en repérant ensemble les réactions du groupe lors de situations à forte charge émotionnelle et clarifier les représentations qui les sous-tendent
en invitant le groupe à rechercher activement les éléments manquants : le père ? le médecin de famille ? le vécu des antécédents obstétricaux ?....

2. 2. 2. 4. Favoriser l'élaboration d'un cadre consensuel à partir des hypothèses et des anticipations du groupe

Le consensus qu'il s'agit d'obtenir sur l'action menée et la dynamique de la famille n'est pas un consensus minimal mais bien un consensus sur les éventuelles divergences de point de vue et leur signification clinique.

Il faudra aussi faire valider les hypothèses de départ (décalage émotionnel, angoisse non reliée...); que le groupe analyse ensemble les mécanismes exemplaires de la session pour en tirer des règles de partenariat utilisables dans d'autres situations (concepts-pont).

Il faudra enfin dégager et valider une sémiologie interdisciplinaire centrée sur :

- le repérage des décalages émotionnels,
- l'anticipation des facteurs de discontinuité (ce qui vient de la dynamique familiale et celle qui vient de la dynamique professionnelle)
- le contenu et les modalités des transmissions interprofessionnelles,
- le maintien de la cohérence malgré des points de vue différents,
- la lisibilité de l'action par les parents,
- l'ajustement aux éprouvés du couple,
- l'ajustement aux besoins de chaque acteur dans son propre champ.

3. ÉVALUATION ET SUIVI DE LA FORMATION

L'évaluation doit être envisagée à la fin de chaque cycle en s'appuyant sur le recueil de données de chaque session.

Elle porte à la fois sur les nouveaux acquis des participants mais aussi sur l'avancée du travail en partenariat à l'échelle du site.

L'évaluation classique demandée par les institutions et/ou les financeurs sera complétée par une évaluation initiée et menée par le groupe de pilotage.

Cette évaluation permettra de définir de nouveaux objectifs et de moduler et d'enrichir la forme et les contenus des cycles à venir.

3. 1. L'évaluation pour le participant :

3. 1. 1. OBJECTIFS :

- Chaque participant devra avoir acquis les outils nécessaires à sa participation active à des réseaux personnalisés (analyse de l'état d'esprit, des comportements et des attitudes...).
- Les résultats du travail de la session seront rédigés sous forme de compte rendu aux organismes gestionnaires.

3. 1. 2. MOYENS : AUTO QUESTIONNAIRE (CF. ANNEXE)

Ce questionnaire devra permettre de répondre aux questions suivantes :

Le participant a-t-il pu acquérir ou développer au cours du cycle de formation une meilleure sécurité dans les situations difficiles.

A-t-il amélioré son adhésion à la pertinence du travail en partenariat ? Les principaux paramètres sont la prise en compte réelle de la place de l'autre ; une meilleure connaissance mutuelle des professionnels des secteurs médicaux, sociaux, psychologiques que ce soit dans le secteur public ou le secteur privé ; un apprentissage du penser et faire ensemble ; l'intégration de certaines règles de communication respectant l'intimité des familles et facilitant le travail de chacun.

3. 2. Évaluation par le groupe de pilotage des effets sur les pratiques à l'échelle du bassin de naissance

3. 2. 1. OBJECTIFS

Mettre en adéquation la formation à la dynamique de partenariat locale dans son contenu même (choix des situations présentées, des acteurs qui présentent...) comme dans la composition du groupe (équilibre interprofessionnel, invitation de partenaires non locaux...).

Évaluer les besoins en formation continue thématique complémentaire des formations « en réseau » (deuil périnatal, addiction, annonce du handicap, allaitement...)

Pérenniser les règles financière et organisationnelle de la formation.

Informers les instances organisationnelles de la petite enfance (CRN, Réseau Périnatal...).

3. 2. 2. MOYENS

3. 2. 2. 1. Évaluation quantitative

Elle procédera d'une collecte d'informations sur le nombre de participants, la répartition des catégories professionnelles et institutionnelles, la fidélisation, le nombre et la catégorie professionnelle des intervenants qui présentent, le nombre de situations traitées (problématique, questions posées par la situation, thématiques abordées lors du débat).

3. 2. 2. 2. Évaluation qualitative

Elle procédera d'un temps réservé avec les participants et l'animateur à la fin de chaque cycle.

Les organisateurs chercheront à savoir si les objectifs initiaux de la formation ont été atteints. Si, en ce qui concerne plus spécifiquement le contenu, les thématiques abordées et les outils de travail interdisciplinaire dégagés ont été adéquats à la sécurisation des professionnels. Si l'animateur a bien été ressenti comme adhérent à la dynamique du groupe (respect de la méthodologie, maintien de la neutralité, bonne capacité à mobiliser les représentations et pertinence des propositions facilitant un mode de pensée «en réseau» tout en respectant la singularité du travail de chacun, capacité à contenir les mouvements émotionnels...).

4. FINANCEMENT

Le montage financier doit être particulièrement étudié par le groupe de pilotage et adapté à chaque site afin de répondre aux exigences pluri-professionnelles et pluri-institutionnelles ainsi qu'à sa pérennité. Il suppose de faire travailler ensemble des instances de formation souvent cloisonnées, sans expérience de partenariat inter-institutionnel.

4. 1. Principes :

- nécessité d'une formation pluri-professionnelle
- dans la durée
- non limitée à la seule Formation Médicale Contenue conventionnelle
- en tenant compte des contraintes horaires des participants (rémunération des participants non pris en charge par leur institution).
- sous forme de cofinancement (inter institutionnel public, privés/public)

4. 2. Les partenaires :

Formation Médicale continue

- inscription de la formation en «réseau» dans le cahier des charges des instances nationales de la FMC (en cours)
- points validant
- ligne budgétaire dédiée

4. 3. Autres partenaires :

Organisme de Formation Continue Professionnelle

État et collectivités territoriales : communes, département, région

Secteur privé et associatif : budget de formation continue

Réseaux périnataux : la formation est inscrite dans le cahier des charges

Assurance Maladie : C.A.M, URCAM

ANNEXES

Annexe I – Le réseau personnalisé de soins

Annexe II : Évaluation de la formation par les participants

Annexe III : Liste des participants à l'élaboration du référentiel

1. LE RÉSEAU PERSONNALISÉ DE SOINS

1. 1. Pourquoi un réseau personnalisé de soins ?

1. 1. 1. OBJECTIFS GÉNÉRAUX

1. 1. 1. 1. pour les parents

- Éprouver, dans leurs rencontres avec l'ensemble des acteurs de la périnatalité, ce qu'ils auront à ressentir et à soutenir chez leur enfant : ajustement à ses besoins, construction de sa sécurité interne, expérience de la fiabilité du lien, accès à une bonne autonomie.
- Grâce à la confiance acquise, à la sécurité éprouvée au cours du suivi de grossesse, ils pourront faire confiance à leurs propres émotions, et aider à leur tour leur enfant : la construction de cette part affective de l'éducation qui se construit (pour les parents qui n'ont pas pu l'éprouver dans leur enfance) leur permettra « d'habiter » leurs attitudes éducatives de base (autorité, limite, responsabilité et proximité avec l'enfant).

1. 1. 1. 2. pour les professionnels

- Prendre en compte les facteurs d'environnement (somatiques, sociaux, affectifs)
- Optimiser le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de l'accueil du nouveau-né
- Garantir les conditions d'un développement optimal de l'enfant et de la construction des liens affectifs (prévention des troubles précoces de l'attachement et de la maltraitance)

1. 1. 1. 3. Objectifs spécifiques

- Diminuer les effets négatifs des pratiques classiques (cloisonnement, manque de cohérence...)
- Améliorer l'ajustement des professionnels aux besoins exprimés par les futurs parents,
- Veiller à anticiper la place du père tout au cours du suivi
- Travailler dans un continuum de l'anténatal au postnatal.

A. Les moyens : développer un état d'esprit

1 - Le réseau personnalisé : une manière d'être ensemble autour d'une famille vulnérable

Effets sur les futurs parents :

L'accompagnement favorise :

- le rôle actif et la responsabilisation, améliore la confiance
- le sentiment d'être écoutés lorsqu'ils s'expriment.
- la sensation d'être accompagnés le temps suffisant pour s'adresser aux spécialistes si besoin
- la lisibilité du système de soin.
- d'où une possibilité de se repérer dans leurs propres réactions.

Sinon, risque sur des parents vulnérables de :

- repli sur soi, peur de la rencontre
- mauvais suivi
- sentiment de dévalorisation et/ou de culpabilité

Effets sur les professionnels : sécurité et soutien mutuel, sentiment d'efficacité

Ce qui passe par

- penser sa propre place par rapport à celles des autres et pas seulement par rapport à l'idée de sa mission
- se relier aux autres acteurs dans un ajustement précis à la situation médicale et émotionnelle vécue par la famille.
- se transmettre les éléments utiles dans le moment présent,
- adapter le système à ce que les parents ressentent et confient.

2. L'activation des places professionnelles : un moyen d'être mieux ajusté

Pour les professionnels : respect des places, complémentarité, acceptation des limites mutuelles

Ce qui passe par :

- anticiper sa propre place, celles des autres lors de l'accompagnement individualisé.
- n'interpeller que les professionnels utiles dans la situation avec l'accord des parents
- se donner les moyens de mobiliser les partenaires (liens directs si besoin).

- rester présent le temps nécessaire pour que les relais soient réalisables par les parents.

Pour les futurs parents : sensation d'un cercle de compétence et de bienveillance.

- un soulagement pour les parents de ne pas avoir à coordonner les interventions,
- une lisibilité dans la chronologie des actions proposées.

3. Se donner des règles de transmission : le moyen de construire le «tissu de soutien» autour des familles

- être particulièrement attentif aux liens entre les acteurs,
- transmettre ce qui s'est partagé avec la famille d'un intervenant à l'autre plutôt que des informations (comportements, facteurs négatifs ou dévalorisants...).

4. La notion de «réfèrent» pour les cas difficiles : le moyen de contenir la globalité du projet

- issu d'un commun accord entre professionnels
- modulable selon l'évolution
- garant du suivi de l'action menée

B. Sémiologie pluridisciplinaire du travail en réseau.

1. les signes d'appel

La possibilité pour chaque intervenant de se décentrer, de se confronter aux perceptions des autres, a permis de dégager des signes fins, plus prédictifs d'un risque de malaise actuel ou à venir que les facteurs de risque objectifs. Par exemple :

a) décalage émotionnel

Entre l'expression de la mère (couple) et la réalité perçue par les professionnels (indique la présence d'affects ou de représentations non liés à la situation présente, d'où un risque de confusion interne ou de difficultés de communication entre patiente et professionnel

b) angoisse non liée à des éléments de réalité

c) divergence dans les représentations professionnelles d'une même situation

d) mise à mal de la cohérence du réseau par la dynamique familiale

e) prise de conscience d'un gommage de places ou de substitutions de rôles

Ces signes ne s'appréhendent que dans des conditions de sécurité professionnelle et interprofessionnelle rigoureuse, échappant aux relations duelles simples.

2. le travail en partenariat

a) Différence entre le dispositif et le réseau personnalisé

La notion de réseau, depuis les ordonnances Juppé de 1996, la loi de mars 2002 a pris une connotation organisationnelle (dispositifs) et financière (DNDR) qui ne recouvre pas la pratique de réseau personnalisé, peut y participer ou parfois s'y opposer (institutionnalisation des réseaux).

Si le dispositif « réseau » a pour enjeu de rationaliser l'organisation de la prise en charge coordonnée des patients, le réseau personnalisé s'invente pour chaque nouvelle situation.

Il est généré par les demandes des patients

- ce qui nécessite de s'organiser pour les entendre

- d'y ajuster les besoins des professionnels

- en s'articulant ou non sur des réseaux - dispositifs déjà existants.

Si l'état d'esprit n'est pas en place, les dispositifs risquent d'être inefficace.

b) Ce que le travail en réseau ne doit pas être

L'apanage de spécialistes de la relation

mais la mise en commun des compétences relationnelles de chacun.

Le rassemblement de tous les professionnels de la petite enfance autour d'une situation

mais la constitution d'un groupe ajusté aux besoins des familles

La mise en œuvre systématique de pratiques standardisées d'évaluation

mais l'occasion d'identifier ensemble des vulnérabilités et des potentialités.

Un staff psychosocial où l'intimité des familles est dévoilée devant tous

mais une occasion d'échange, respectueux de l'intimité familiale.

2. ÉVALUATION DE LA FORMATION PAR LES PARTICIPANTS

Afin de nous aider à en évaluer sa pertinence et permettre d'améliorer sa forme et son contenu, nous vous proposons de remplir ce questionnaire et de le remettre lors de cette session. Anonyme ou non selon votre choix, nous souhaitons cependant que vous vous signaliez par le poste que vous occupez et votre appartenance institutionnelle.

1. Vous avez suivi cette formation

(Cochez une seule réponse)

- principalement à votre initiative
- en concertation avec votre chef de service
- dans le cadre d'un projet collectif de service
- à la demande de l'institution (formation obligatoire)

2. Votre secteur de formation initiale

- PMI
- Public
- Libéral
- Autres

3. L'organisation matérielle de la formation

Trouvez-vous :	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Insatisfaisante
L'information préalable à la formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les délais de convocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'accessibilité du lieu de formation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La salle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Votre participation

- À combien de rencontres avez-vous participé
 - Si vous n'avez pas suivi la totalité, vos raisons étaient-elles:
 - personnelles
 - professionnelles
- Cela a-t-il été gênant pour vous dans la cohérence de ce cursus ? oui non

5. La présentation de situations

Si vous avez présenté au moins une situation

Quelles étaient vos motivations à présenter :

L'organisation de cette présentation vous a demandé un surcroît de travail :

- . en temps
- . en contact avec les autres professionnels
- . autres

Avez-vous rencontré des difficultés et de quels ordres :

- . au moment de la préparation
- . au moment de la présentation
- . au moment de la reprise par le formateur

Qu'en avez-vous tiré ?

- . au plan personnel : _____

-
- . au plan professionnel : _____
-

Si vous n'avez pas représenté de situation vos raisons étaient-elles

personnelles

professionnelles

- situations présentables mais trop chargées d'affect
- absence d'aide pour la préparation
- méconnaissance de la forme de la présentation
- autres

QUESTIONNAIRE D'OPINION

1- Votre degré de satisfaction

Echelle de satisfaction :
Score :

I	I	I	I	I
(-)0	1	2	3	4(+)

Le contenu correspond au programme annoncé
Score :

Les méthodes pédagogiques sont appropriées
Score :

Les animateurs sont de qualité
Score :

La durée est adaptée
Score :

Le contenu correspond à mes attentes
Score :

J'ai acquis des connaissances
Score :

Cette formation survient au moment où j'en ai besoin
Score :

Cette formation va me servir dans ma vie professionnelle
Score :

2- En ce qui concerne le contenu de ces formations, quelles sont les trois idées essentielles qui vous semblent pouvoir être retenues ?

3 – Quelles sont parmi vos attentes celles qui sont restées sans réponse ?

4 – Qu'est-ce qui a changé ou qu'envisagez-vous de changer dans votre pratique ?

5 – Quelles suites proposeriez-vous à cette formation ?

6 – Commentaires et remarques sur la formation en général

Votre identité, si vous le souhaitez :

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Présentation de la situation

Par qui :

Démarrage de la situation :

- anténatale :
 - extra hospitalier
 - hospitalier
- accouchement
- postnatale :
 - extra hospitalier
 - hospitalier

Type de situation :

La vulnérabilité psychologique trouve son origine dans des difficultés

• de l'enfant :

malformation hypotrophie gémellité prématurité -
décès autre

• des parents :

sociale psychopathologie somatiques

• des professionnels :

insécurité par difficultés de communication absence de partenaire doutes
manque de moyen ...

Questions débattues autour du fonctionnement en partenariat :

- Axe horizontal synchronique :

- . prise en compte ou non de l'avis, de l'attente des parents
- . décalage ou non dans les paroles des professionnels
- . attente injustifiée ou non d'un avis technique
- . absence ou non de référent
- . absence ou non de sécurité technique des professionnels
- . repérage d'indices de vulnérabilité psychologique

- Axe longitudinal diachronique :

- . absence ou non de liens entre les professionnels
- . qualité de la transmission des informations
- . ancrage des somaticiens auprès des parents avant l'intervention psy

LISTE DES PARTICIPANTS À L'ÉLABORATION DU RÉFÉRENTIEL

Sociétés et organisations professionnelles impliquées

Société Française de Médecine Périnatale (SFMP)

Société Francophone de Psychologie Périnatale (SFPP)

Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE)

Le réseau «Naître en Languedoc-Roussillon»

L'unité «Petite enfance» du Service de médecine psychologique pour enfants (La Colombière, CHU Montpellier)

L'ensemble du travail a été coordonné par l'équipe de l'AFREE.

Groupe de pilotage

Dr Françoise Molénat, pédopsychiatre, CHU Montpellier

Dr Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre, CHU Montpellier

Dr Joël Roy, pédopsychiatre, CHU Montpellier

Mme Corinne Chanal, sage-femme, CHU Montpellier

Groupe d'experts

C. Davoudian :médecin de PMI

M. Epiney : gynécologue - obstétricienne, CHU Genève (SFPP)

C. Larosière : psychologue Camsp, Caen

F. Gonnaud : pédopsychiatre en maternité/pédiatrie, Lyon (SFPP)

L. Lequien : pr. de pédiatrie, Lille (SFMP)

D. Merg : psychologue, Strasbourg (SFPP)

F. Michaut, médecin de santé publique, Bourgogne

A. Morard :pédopsychiatre, Lausanne/Sion (SFPP)

I. Nisand, prof. de gynécologie - obstétrique, Strasbourg (SFPP)

M. Périé : psychologue, groupe de pilotage, Vienne

A. Poizat : pédopsychiatre, Grenoble (SFPP)

G. Putet : prof de pédiatrie, Lyon (SFMP)

L. Rogiers : pédopsychiatre, Hôpital St-Luc, Bruxelles (SFPP)

M. Sales-Mengin : psychologue maternité et CAMPS Carcassonne

S. Sandray : coordinatrice du réseau périnatal Champagne-Ardenne, Reims

Représentants des services de formation hospitalière

-

-