



**ADAPTER L'OFFRE DE SERVICE D'UN SAAD À L'ÉVOLUTION
DES BESOINS DES FAMILLES DANS LE CADRE DE LA
PÉRINATALITÉ.**

*L'intervention sociale et familiale au cœur de l'accompagnement parental
et de la prévention précoce.*

Sandrine LANGANNÉ

2008

cafdes



Remerciements

Merci à mes enfants, pour leur patience et leur compréhension durant ces 30 mois de formation

Merci à mon compagnon, pour sa confiance en moi et son endurance à supporter mes doutes

Merci à ma famille, pour sa présence, malgré l'éloignement, et son soutien

Merci aux amis de la promo, pour leur bonne humeur et leur solidarité

Merci au petit groupe du «samedi matin», pour le partage d'une telle énergie de travail

Merci à mon guidant mémoire, pour sa disponibilité et sa bienveillance dans son accompagnement

Merci aux familles et à leurs bébés, aux professionnelles et aux partenaires, pour cette belle aventure

Merci à ce parcours de formation, pour m'avoir permis d'apprendre, de réfléchir, de découvrir, de résister, de vouloir, de choisir, de créer, de grandir encore...

Il faut tout un village pour faire grandir un enfant

proverbe africain

Sommaire

Introduction	3
--------------------	---

1 L'accompagnement à la parentalité au travers du temps et des cultures.....	5
---	----------

1.1 Contexte général de l'Aide à Domicile.....	5
---	----------

1.1.1 L'histoire de l'Aide à Domicile en France.....	5
--	---

1.1.2 Le cadre légal de l'Aide à Domicile aux Familles.....	7
---	---

1.1.3 Une entrée complexe dans le champ de la loi 2002.2	10
--	----

1.2 Apport des sciences humaines.....	14
--	-----------

1.2.1 Approche historique : l'enfance d'hier.....	14
---	----

1.2.2 Approche anthropologique : les enfances d'ailleurs	17
--	----

1.2.3 Approche psychologique et sociologique : l'enfant d'aujourd'hui.....	18
--	----

1.2.4 Une expérience européenne : l'accompagnement de la naissance en Hollande	20
--	----

1.3 Définitions et Concepts.....	21
---	-----------

1.3.1 Périnatalité : interactions mère/bébé et développement de l'enfant	21
--	----

1.3.2 Prévention : ses différents niveaux et ses défis.....	23
---	----

1.3.3 La prise en charge hospitalière de la périnatalité et ses limites.....	25
--	----

2 Périnatalité et Prévention à l'épreuve de nos pratiques institutionnelles.....	27
---	-----------

2.1 Mission et cadre de référence institutionnel.....	27
--	-----------

2.1.1 L'histoire de l'association.....	27
--	----

2.1.2 L'éthique institutionnelle.....	32
---------------------------------------	----

2.2 Les textes qui régissent notre service.....	33
--	-----------

2.2.1 Conventions Conseil Général et Caisse d'Allocations Familiales.....	33
---	----

2.2.2 Conventions collectives et agréments	35
--	----

2.2.3 Les références juridiques de la profession T.I.S.F.....	37
---	----

2.3 L'accompagnement à la parentalité proposé par l'A.A.F.P..	39
2.3.1 L'offre de service	39
2.3.2 La population et l'évolution des besoins.....	42
2.3.3 Les professionnels.....	45
2.3.4 Les financements	46
3 Créer les conditions d'adaptation de l'offre de service.....	50
3.1 Concevoir un nouveau projet institutionnel.....	50
3.1.1 Vérifier l'adéquation au cadre légal	51
3.1.2 Formaliser le projet.....	54
3.2 Promouvoir les ressources humaines	62
3.2.1 Du recrutement à la valorisation des compétences.....	63
3.2.2 Promotion par la formation	67
3.3 Communiquer et développer le Partenariat.....	70
3.3.1 Communication à destination des familles et des partenaires	70
3.3.2 Inscription dans le réseau « Périnatalité Nord ».....	72
3.4 Evaluer et ajuster le projet.....	73
3.4.1 S'assurer de l'implication des équipes	73
3.4.2 Confirmer notre participation au Réseau Périnatalité	74
3.4.3 Garantir une offre de service adaptée aux besoins.....	74
Conclusion	76
Bibliographie.....	I
Liste des annexes.....	IV

Liste des sigles utilisés

AAFP	Association d'Aide Familiale Populaire
AED	Aide Educative à Domicile
AEMO	Action Educative en Milieu Ouvert
AFNOR	Association Française de Normalisation
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANESMS	Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
ANSP	Agence Nationale des Services à la Personne
APA	Allocation Personnalisée Autonomie
APHM	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
API	Allocation Parent Isolé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
AVS	Auxiliaire de Vie Sociale
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CAMSP	Centre d'Action Médico-Social Précoce
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CASF	Code d'Action Sociale et des Familles
CESF	Conseillère en Economie Sociale et Familiale
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CROSMS	Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
CSF	Confédération Syndicale des Familles
DETISF	Diplôme d'Etat de Technicien d'Intervention Sociale et Familiale
ETP	Equivalent Temps Plein
FNAAFP	Fédération Nationale des Associations d'Aide Familiale Populaire
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PSD	Prestation Spécifique Dépendance
RMI	Revenu Minimum d'Insertion
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
TF	Travailleuse Familiale
TISF	Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

Introduction

La Confédération Syndicale des Familles (CSF) a créé, en 1973 sur Marseille, l'Association d'Aide Familiale Populaire (A.A.F.P) association gestionnaire d'un service d'aide à domicile aux familles. Ce service, que je dirige depuis 2001, est conventionné par la Caisse d'Allocations Familiales et le Conseil Général des Bouches du Rhône. Nos interventions se font, de ce fait, dans le cadre de l'accompagnement à la parentalité et de la protection de l'enfance. Ainsi, les Techniciennes de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.), anciennement travailleuses familiales, soutiennent les familles dans leur organisation quotidienne, quels que soient les événements ou difficultés rencontrés, et plus particulièrement au moment de la naissance des enfants.

Si depuis sa création, l'A.A.F.P. est toujours intervenue dans ces épisodes courants de la vie d'une famille, depuis quelque temps ces accompagnements prennent une autre dimension. D'une part, nous constatons un accroissement des demandes d'intervention dès le retour à domicile des jeunes mères et de leurs bébés, accroissement dû vraisemblablement à la réduction du temps d'hospitalisation dans les services de maternité. D'autre part, nous sommes sollicités de plus en plus pour intervenir dans des situations plus critiques, notamment avec des complications d'ordre psychosocial, à la demande des professionnels du monde médical.

C'est principalement la conjugaison de ces deux phénomènes qui me conduit à réfléchir sur l'accompagnement social de la périnatalité proposé par l'A.A.F.P.

La périnatalité couvre la période depuis la conception de l'enfant jusqu'à ses deux ans ; elle s'intéresse aux interactions parent-bébé, et plus particulièrement au lien mère-enfant. La qualité des relations précoces entre la mère et le nourrisson jouant un rôle majeur dans le développement de l'enfant, il est nécessaire qu'une assurance affective, morale, sociale et éducative puisse être proposée sur cette période. Pourtant, dans un contexte où la structure médicale (service de maternité des hôpitaux ou clinique privée) n'a plus le temps suffisant de l'observation, nous pouvons nous demander quels professionnels en ont maintenant la charge et comment savoir si la relation entre l'enfant et les parents est établie.

Dans un contexte où la prévention est au cœur des politiques de protection de l'enfance et partant du constat de l'incidence de l'interaction parent/bébé sur le développement de l'enfant, je pense fortement que le service d'aide à domicile que je dirige doit se donner pour mission de répondre à l'évolution des besoins des familles en termes d'accompagnement parental. Il m'appartient donc de définir quel rôle l'A.A.F.P. peut et doit jouer dans le champ de la périnatalité et de la prévention précoce, et ainsi de déterminer quelles adaptations de l'offre de service à mettre en œuvre.

Afin d'instruire cette problématique, je vous propose, après une présentation non-exhaustive de l'Aide à Domicile, de parcourir les approches historiques, anthropologiques, psychologiques et sociologiques de l'accompagnement de la naissance afin de mieux cerner comment les sciences humaines ont pu influencer les politiques sociales liées à la famille et la petite enfance.

En définissant les contours de la périnatalité et de la prévention, je pourrai confronter ces deux concepts aux politiques publiques et pratiques institutionnelles, pour enfin les voir vivre au sein du service que je dirige, en présentant la population et l'action des professionnelles, les T.I.S.F.

Le contexte et le diagnostic posés, je pourrai alors, en m'appuyant sur les limites du dispositif actuel, repérer les enjeux d'adaptation de l'A.A.F.P dans le cadre de la Périnatalité. En un premier temps, je préciserai les éléments de l'environnement légal et réglementaire sur lequel le projet peut s'appuyer. Reprenant ensuite les éléments de diagnostic qui impactent notre offre de service, je définirai les objectifs d'adaptation dans le cadre de la démarche projet. Enfin, parce que proposer une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de service implique d'élargir les compétences, je mettrai en œuvre la promotion des ressources humaines et parce que, seul, on ne peut jamais répondre à tout, j'actionnerai une dynamique de recherche de partenariat appuyée sur une stratégie de communication. Tout au long de la conduite et de la mise en œuvre du projet, j'utiliserai le processus d'évaluation afin de situer notre offre de service au point de rencontre de la commande sociale, des besoins des familles et de la compétence des équipes.

1 L'accompagnement à la parentalité au travers du temps et des cultures

1.1 Contexte général de l'Aide à Domicile

L'Aide à Domicile aux Familles est, dès son origine, un précurseur de l'accompagnement à la parentalité. Aussi, une présentation large de son histoire et de son cadre légal est nécessaire avant même d'explorer la notion de l'accompagnement à la parentalité.

1.1.1 L'histoire de l'Aide à Domicile en France

Au niveau national, les premiers services d'aide ménagère, sont très souvent initiés et gérés par des œuvres confessionnelles. A l'après-guerre, les premiers services d'aide à domicile aux familles font leur apparition, organisant ainsi l'entraide spontanée qui s'était mise en place pour soutenir les mères de famille isolées.

A la fin des années 50, ces services se développent en direction des personnes âgées afin d'éviter une hospitalisation longue et coûteuse. Dans les années 60, la politique du maintien à domicile préconisée par le rapport Laroque place l'aide ménagère au cœur des dispositifs¹. A partir des années 70/80, les services d'aide ménagère se développent considérablement : on passe alors de 40 000 personnes âgées aidées à domicile à 500 000 en 1985.

Le secteur de l'Aide à Domicile représente aujourd'hui 95 000 Equivalent Temps Plein (ETP) pour une masse salariale qui approche des 1,750 milliards d'€uros : 150 000 salariés regroupés dans les services des cinq grandes fédérations et 80 000 dans de toutes petites structures non fédérées. L'Aide à Domicile aux Familles, quant à elle, rassemble 28 846 salariés (pour seulement 8 927 ETP) soutenant près de 160 000 familles.²

Ce développement met en exergue la contradiction de l'aide à domicile toujours présente aujourd'hui : les pouvoirs publics affirment haut et fort le rôle fondamental de l'aide à domicile, mais peinent à se positionner sur la nécessaire professionnalisation et les faibles rémunérations accentuées par des temps partiels non choisis. En effet, la plupart des aides à domicile restent des salariées horaires mal payées, sous qualifiées alors que ce secteur d'activité est érigé en gisement d'emplois. La prétendue attractivité

¹ Rapport de la commission d'études des problèmes de la vieillesse présidée par Monsieur Pierre Laroque dans le cadre de la Politique de la vieillesse : Haut comité consultatif de la population et de la famille (1962)

² Données chiffrées issues de « Eléments statistiques de l'OPCA Unifformation » Année 2005

du secteur de l'aide à domicile est en fait liée à la facilité d'accès à ses emplois ; la réalité conduit à un afflux de femmes sans qualification, souvent dans des situations sociales et/ou familiales complexes, qui rêvent d'un emploi stable.

La création, en 1987, des services mandataires transformant le particulier en employeur, quel que soit son âge et/ou le degré de compréhension de ses responsabilités, vient très rapidement fragiliser le secteur. L'employeur direct est dans ce cas exonéré de tout ou partie des charges patronales, ce qui le conduit à ne plus passer par des services prestataires pour des raisons évidentes d'économie. La création des Emplois Familiaux³, la mise en place des chèques services⁴ et l'ouverture de l'Aide à Domicile au secteur marchand⁵ renforcent encore l'illisibilité du secteur aussi bien pour les usagers que pour ses professionnelles.

Ainsi en 1998, le Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications relevait la dérive de ces politiques publiques : *« Cette politique en faveur des emplois familiaux n'est accompagnée, jusqu'en 1996, d'aucune exigence en matière de qualité du service rendu ou de qualification des salariées remettant ainsi en cause les efforts antérieurs consentis par le secteur sanitaire et social et par celui de l'aide ménagère. Cette absence de professionnalisation, combinée à la précarité des conditions d'emploi de ces nouveaux salariés et à l'image dépréciée des activités à domicile, va contribuer à assimiler les emplois familiaux à des petits boulots que l'on fait faute de mieux⁶. »*

Le point culminant de ces dérives est la marchandisation de l'Aide à Domicile développée par les entreprises qui voient dans ce secteur la possibilité de créer plusieurs milliers de postes de travail dans les services à la personne. Ainsi, la promulgation de la loi sur la « prestation spécifique dépendance » (PSD), mécanisme de solvabilisation individuelle minimale des personnes les plus fragiles, continue à favoriser le développement des services mandataires au détriment des services prestataires, qui eux seuls assurent une garantie à l'utilisateur en termes de professionnalisation et de suivi d'interventions. L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) du 20 juillet 2001, mise en place en janvier 2002, a confirmé cette tendance et maintenu la confusion en termes de professionnalisation. L'APA a cependant permis une augmentation considérable du nombre de bénéficiaires 723 000 fin juin 2003 contre 150 000 bénéficiaires de la PSD fin décembre 2001.

En réaction à ce manque de lisibilité, les différents acteurs de l'Aide à Domicile, Fédérations Employeurs et Syndicats, se sont en permanence mobilisés pour une véritable professionnalisation et reconnaissance du secteur.

³ Mise en place par Martine Aubry en 1991

⁴ loi quinquennale sur l'emploi de 1993 créant les chèques services.

⁵ Loi n°96-63 du 29 janvier 1996 d'Alain Juppé

Ainsi, les textes encadrant le secteur se sont multipliés : norme AFNOR (2000), diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (mars 2002), accord de branche du 29 mars 2002 permettant une meilleure rémunération des aides à domicile diplômées, la réforme du diplôme d'Etat de Technicien d'Intervention Sociale et Familiale par le Décret n°2006-250 du 1^{er} mars 2006... autant de textes qui vont dans le sens d'une nécessaire qualification des intervenantes et de l'encadrement.

Cependant, l'Aide à Domicile qui a été développée par le secteur associatif connaît aujourd'hui les difficultés de l'évolution du bénévolat. L'organisation administrative et financière des services a connu une complexification croissante, liée à la montée en charge de l'activité et aux évolutions du cadre législatif et réglementaire de l'activité. Cette complexité a eu une conséquence directe sur la place des bénévoles militants au sein des Conseils d'Administration, qui ont été ou se sont interrogés sur leurs capacités à exercer leurs fonctions.

Un des principaux enjeux du secteur est donc l'articulation des compétences administratives et des valeurs associatives. Ce point sera à prendre en compte dans l'adaptation du service que je mettrai en œuvre dans le cadre de la périnatalité.

1.1.2 Le cadre légal de l'Aide à Domicile aux Familles

L'Aide à Domicile aux Familles est régi par le Code d'Action Sociale et des Familles (CASF). Il faut distinguer les interventions dans le cadre de la Protection de l'Enfance, mission du Conseil Général, et les interventions dans le cadre de Soutien à la Parentalité tel que défini par l'Action Sociale de la Caisse d'Allocations Familiales. L'Aide à Domicile aux Familles peut-être assurée par des aides ménagères ou Auxiliaires de Vie Sociale (A.V.S) et principalement par des Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F).

A) Les interventions dans le cadre de la Protection de l'enfance

Ce sont les décrets du 7 janvier 1959, fondateurs en la matière, qui introduisent et définissent la notion de « protection sociale » : il s'agit « *d'exercer une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants* »⁷.

La protection sociale est préventive, en direction de l'ensemble du groupe familial et requiert l'accord des familles. En cas d'échec de ces mesures ou de refus et, si le

⁶ Causse L., Fournier C., Labryère C. (1998) : Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage, Paris, Editions la Découverte et Syros, p9

⁷ Décret n°59-100 du 7 janvier 1959, article 1

danger est avéré, c'est la protection judiciaire qui prend le relais. La loi du 6 janvier 1986⁸ a substitué aux textes antérieurs une nouvelle présentation de l'Aide Sociale à l'Enfance en procédant à une définition des missions et non plus des catégories juridiques d'enfants pris en charge. Parmi les cinq missions définies dans le Code d'Action Sociale et des Familles, trois sont clairement à visée préventive : il s'agit de soutenir certaines familles pour les aider à assumer leurs fonctions éducatives et prévenir ainsi des dangers que pourrait courir à terme le mineur. L'article L 221-1-1° indique que l'Aide Sociale à l'Enfance est chargée « *d'apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés, et aux majeurs protégés de moins de vingt et un ans, confrontés à des difficultés sociales susceptibles de compromettre gravement leur équilibre* »⁹. Les moyens d'action peuvent être des aides à domicile, des aides financières, des placements. Les modalités de l'aide à domicile sont précisément définies par l'article L.222-3, modifié par la loi du 5 mars 2007¹⁰ réformant la Protection de l'Enfance :

« *L'aide à domicile comporte, ensemble ou séparément :
- l'action d'un technicien ou d'une technicienne de l'intervention sociale et familiale ou d'une aide ménagère - un accompagnement en économie sociale et familiale - l'intervention d'un service d'action éducative - le versement d'aides financières, effectué sous forme soit de secours exceptionnels, soit d'allocations mensuelles, à titre définitif ou sous condition de remboursement, éventuellement délivrés en espèces.* »¹¹

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance introduit deux nouvelles prestations à domicile qui ont pour but d'aider les parents confrontés à des difficultés de gestion du budget familial ayant des conséquences sur les conditions de vie de l'enfant : l'accompagnement en économie sociale et familiale et la mesure judiciaire d'aide à la gestion du budget familial.

Mais, avant tout, cette réforme met l'accent sur la nécessité de s'appuyer sur les compétences et ressources parentales, et pour ce faire insiste sur le renforcement de la prévention et une meilleure articulation entre protection administrative et protection judiciaire, tout en améliorant les dispositifs de signalement.

La loi n°2007-293 fixe également l'amélioration et la diversification des modes d'intervention auprès des enfants pour mieux répondre à leurs besoins. Dans l'intérêt de l'enfant, il s'agit de privilégier toute action qui tend à prévenir la dégradation des situations familiales, et d'éviter le recours à la justice.

⁸ Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 (CASF article L.221-1)

⁹ CASF article L221-1-1

¹⁰ Loi n° 2007-293 réformant la Protection de l'Enfance du 5 mars 2007

¹¹ CASF article L.222-3

Le guide pratique *Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant*¹² édité par le Ministère de la Santé et des Solidarités, consacre une place importante à l'action des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.) et souligne l'importance d'intervenir le plus en amont possible des difficultés familiales. Les missions des T.I.S.F. trouvent ainsi naturellement leur place dans le dispositif de protection de l'enfance. Un extrait est joint en annexe I.

La prévention fait l'objet d'un second guide édité par le Ministère de la Santé et des Solidarités *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* ; « ce guide a pour principal objet d'exposer les apports de la loi du 5 mars 2007 en matière de prévention. Il expose les dispositions nouvelles, les situe dans les dispositifs existants, donne les grands axes qui ont inspiré la réforme »¹³. Ce document insiste sur le caractère multidimensionnel et global de la prévention, et par conséquent sur la complémentarité des acteurs et des actions. Un chapitre entier est consacré à la prévention périnatale ; il y est rappelé l'accent mis par la loi du 5 mars 2007 sur la prévention précoce autour de la grossesse et de la naissance et l'importance des interventions à domicile. Sont alors déclinées les interventions de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et celles des différents services comme celui que je dirige et leur nécessaire articulation. Un extrait est joint en annexe II.

B) Les interventions dans le cadre du Soutien à la Parentalité

« Dans le cadre de leur action sociale, les Caisses d'Allocations Familiales (CAF) participent à la mise en œuvre d'actions permettant de soutenir et d'accompagner à leur domicile les familles rencontrant des problèmes temporaires (surcharge de travail domestique, naissances multiples, décès de l'un des parents, etc.) »¹⁴.

Les Caisses d'Allocations Familiales gèrent également la dotation d'action sociale de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) ; cette dotation est activée en cas de maladie des parents principalement.

La mise en place de l'aide au foyer financée ou gérée par la CAF est précisée ainsi : l'article L121-11¹⁵ précise que les règles relatives à l'action sociale des caisses de sécurité sociale sont fixées par les dispositions des articles L. 262-1 et L. 263-1 du code de la sécurité sociale ci-après reproduites : « Art. L. 262-1. - Les caisses primaires et les caisses régionales exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale dans le cadre de programmes définis par

¹² Guide Pratique *Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant* Ministère de la Santé et des Solidarités 2007 Annexe I

¹³ Guide Pratique *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* Ministère de la Santé et des Solidarités 2007 Annexe II

¹⁴ Publication CNAF *Action Sociale Aide au Foyer Exercice 2005*

¹⁵ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 69 I Journal Officiel du 17 août 2004

l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci conformément aux dispositions des 3^o et 4^o de l'article L. 221-1. »

« Art. L. 263-1. - Les caisses d'allocations familiales exercent une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et des familles de ceux-ci dans le cadre du programme mentionné au 2^o de l'article L. 223-1. »

La Caisse d'Allocation Familiale (CAF) occupe ainsi une place essentielle dans la prévention globale des difficultés familiales dans une vision élargie de la protection de l'enfance. Elle s'appuie pour cela sur ses professionnels de l'intervention sociale : assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale (CESF) et les techniciennes de l'intervention sociale et familiale (T.I.S.F). Rares sont les CAF à avoir encore parmi leur personnel des T.I.S.F; dans la plupart des départements, elles conventionnent avec des associations gestionnaires de services prestataires d'aide à domicile aux familles.

« *Par la diversité et la complémentarité de ces professionnels, la CAF développe une offre institutionnelle adaptée et au plus près des populations. La CAF initie des actions proposées aux moments-clés de la vie des familles* »¹⁶ : préparation de l'arrivée d'un nouveau-né, accompagnements lors de la petite enfance, la scolarité et l'adolescence, soutien lors d'une séparation ou dans des situations d'isolement social ou encore lors de difficultés liées au logement... Agir en continuité de l'accompagnement précoce de la parentalité jusqu'au passage de l'adolescence répond à la vocation préventive de l'action sociale des CAF.

Dans ce sens, l'aide au domicile des familles a fait l'objet d'une réforme, avec la circulaire n° 2006-135 du 8 novembre 2006, réactualisée début 2007. La réforme précise qu'*«en préservant l'équilibre et les relations familiales, les interventions des T.I.S.F participent à la prévention des difficultés familiales ou sociales, et, à ce titre, constituent l'un des leviers privilégiés des CAF en faveur du soutien à la parentalité.»*¹⁷ La nouvelle possibilité d'intervenir lors d'une première naissance situe l'aide à domicile des familles financée par la CAF parmi les dispositifs de prévention précoce.

1.1.3 Une entrée complexe dans le champ de la loi 2002.2

Le législateur a reconnu l'intégration de l'Aide à Domicile dans le secteur social et médico-social par la loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, et qui se substitue à la loi 75-535 du 30 juin 1975. Les services d'Aide à Domicile

¹⁶ extrait de la circulaire CNAF n°2006-135 du 8 novembre 2006

¹⁷ ibid

sont, depuis, soumis aux mêmes règles que les autres établissements sociaux et médico-sociaux concernant leur création, leur fonctionnement et leur financement par les pouvoirs publics.

Lors de la rédaction de la loi 2002-2, les services d'Aide à Domicile aux Familles n'avaient pas été intégrés dans la nomenclature des établissements et services sociaux et médico-sociaux. En décembre 2005, suite à l'insistance des représentants du secteur, le législateur a rectifié cette situation par voie d'ordonnance en élargissant la nomenclature aux services d'Aide à Domicile aux familles en difficulté.

A) Une réelle avancée pour le secteur

Cette modification représente une réelle avancée pour le secteur de l'Aide à Domicile. En effet, l'entrée dans le champ de la Loi 2002.2 traduit clairement une philosophie et une éthique des associations gestionnaires qui ne se résignent pas à n'être que des services à la personne mais de véritables acteurs de l'action sociale et médico-sociale en répondant à ses quatre objectifs fondateurs : Promouvoir l'autonomie et la protection des personnes ; Promouvoir la cohésion sociale ; Promouvoir l'exercice de la citoyenneté ; Promouvoir la prévention des exclusions et en corriger leurs effets.¹⁸

B) La procédure d'autorisation

La création, la transformation ou l'extension de tout établissement ou service social et médico-social est soumise à autorisation (article L.313-1 du CASF). Le calendrier des « fenêtres d'examen » des demandes d'autorisation par le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale, est fixé par le Préfet de région, après avis des Présidents des Conseils Généraux concernés. L'autorisation initiale ne peut être attribuée que si quatre critères sont respectés (article L. 313-4) : *La compatibilité avec le schéma d'organisation sociale et médico-sociale, Le respect des règles d'organisation et de fonctionnement de la loi, Un coût de fonctionnement qui ne doit pas être hors de proportion avec le service rendu ou avec le coût des établissements et services fournissant des prestations comparables, Un coût de fonctionnement compatible avec les dotations limitatives de crédits.*

Par son article L. 313-6 nouveau du CASF, la loi du 2 janvier 2002, prévoit que la décision d'autorisation vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale mais également la possibilité de dispenser des prestations prises en charge par l'Etat ou les organismes de Sécurité Sociale ; ce qui assure la prise en charge financière des établissements et services.

¹⁸ Article 2 de la Loi 2002.2 et article L.116-1 nouveau du Code de l'Action Sociale et des Familles

Les établissements ou services « autorisés » sont soumis à des contrôles et à une durée de validité d'autorisation. Chaque structure doit élaborer un projet de service ou d'établissement, établi pour une durée maximale de cinq ans et définissant ses objectifs, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement. Ces nouvelles obligations ont un impact fort sur les services d'aide à domicile dont l'organisation est peu formalisée et, surtout confirment la professionnalisation du secteur.

La loi 2002-2 instaure des schémas d'organisation sociale et médico-sociale qui évaluent les besoins et organisent la mise en œuvre des réponses. Les schémas sont de trois niveaux : national, régional et départemental. Priorité est donnée au schéma départemental validé par le Président du Conseil Général, chef de file de l'Action Sociale. Les services d'Aide à Domicile devront donc s'inscrire dans les orientations des schémas départementaux.

C) L'affirmation des droits des usagers

La loi du 2 janvier 2002, place l'usager au cœur du dispositif et par son article 7 précise les droits et libertés individuels garantis à toute personne prise en charge par les établissements et services sociaux et médico-sociaux. La reconnaissance des droits des usagers est l'une des principales innovations du texte.

Dans cet objectif, la loi met à disposition des usagers plusieurs outils pour faire valoir leurs droits. Les articles 8 et 11 précisent les documents qui doivent leur être remis. Parmi eux :

- Le livret d'accueil auquel doit être annexé la charte des droits et libertés de la personne accueillie.
- Le règlement de fonctionnement qui fixe les droits des personnes accueillies et les obligations et devoirs nécessaires au respect des règles de vie collective au sein de la structure. Il est établi après consultation du Conseil de Vie Sociale et voté par le Conseil d'Administration.
- Le contrat de séjour ou un document individuel de prise en charge, notamment pour les services d'aide à domicile, est élaboré avec la participation de la personne accueillie. Ce document définit les objectifs et la nature de la prise en charge ou de l'accompagnement.

Deux instances sont également mises en place afin de garantir le respect des droits des usagers ; elles sont précisées par les articles 9 et 10 de la loi : Un médiateur qui peut être saisi par toute personne accueillie pour l'aider à faire valoir ses droits, et le Conseil de Vie Sociale, qui vient se substituer au conseil d'établissement prévu par loi de 1975, et dont l'objectif est d'associer les usagers au fonctionnement de la structure. Dans la pratique

actuelle au sein des services d'aide à domicile, les usagers sont souvent associés de façon informelle à la réflexion, par le biais de différentes réunions ou commissions.

Au-delà de la reconnaissance du droit des usagers, les services d'Aide à Domicile affirment clairement la place qu'ils souhaitent donner à l'utilisateur en fonction du choix de l'appellation de la population : usager ou bénéficiaire ou personne accueillie n'ont en effet pas les mêmes connotations. Ce choix est d'autant plus important face au secteur marchand qui lui utilisera le terme « client ».

D) Le financement des établissements et services

L'article 51 de la loi du 2 janvier 2002 récapitule les règles de compétence en matière de tarification des établissements et services. Les services d'aide et d'accompagnement à domicile aux familles bénéficient, le plus souvent, d'un financement conjoint aide sociale et action extralégale des organismes de sécurité sociale. Le financement des prestations prises en charge par l'Etat, les départements, ou les organismes de Sécurité Sociale est soumis à des dotations financières. L'opposabilité de ces enveloppes financières constitue le principal outil de régulation des dépenses exposées par le secteur social et médico-social.

E) Le Décret 2004-613 du 25 juin 2004

Depuis la parution de ce décret relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services, les services d'Aide à Domicile bénéficient d'une appellation officielle : les services d'aide et d'accompagnement à domicile, dont le sigle est SAAD. Ce décret prévoit également que les services qui demandent leur inclusion dans l'action sociale par l'autorisation disposent d'un délai de trois ans, à compter du 27 juin 2004, pour satisfaire aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement prévues par ce texte. La loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 a introduit des possibilités de délais supplémentaires.

F) Le plan national des services à la personne

Malgré tous les efforts de structuration du secteur, l'intégration de l'Aide à Domicile dans l'Action Sociale reste optionnelle. Le plan national des services à la personne dit « plan Borloo » adopté en février 2005 et confirmé par la loi n°2005-841 du 26 juillet 2005 relative aux services à la personne a réintroduit une confusion dans ce secteur ; en effet, annonçant le soutien au développement quantitatif et qualitatif des services à la personne, la loi permet un droit d'option aux services d'aide et d'accompagnement à domicile, en matière d'autorisation et de tarification. Ainsi, les services, et notamment ceux du secteur lucratif, ont la possibilité de déroger aux exigences imposées par la loi 2002-2 en développant leurs activités dans le cadre des seules règles fixées par le Code du Travail

(article L.129-1 et suivants), niant ainsi la réelle avancée que représente l'entrée du secteur dans le champ social et médico-social par le biais de la Loi 2002-2.

En application de la loi du 26 juillet 2005, le décret du 14 octobre 2005 crée un établissement public administratif : l'Agence Nationale des Services à la Personne (ANSP). Celle-ci est placée sous la tutelle du ministre chargé de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement. Sa création est issue du décalage constaté entre la place des services à la personne dans l'économie française et leur reconnaissance par les pouvoirs publics. La multiplicité des opérateurs et les réglementations spécifiques ne participent pas non plus à une lisibilité du secteur. Le premier objectif de l'ANSP était donc d'être un acteur unique disposant d'une vue d'ensemble du secteur, chargé de mettre en œuvre un programme ambitieux pour un fort développement à court terme. Sa mission est de promouvoir le développement et la qualité des services à la personne ; elle dispose pour cela de moyens humains et financiers.

Deux de ses actions déjà réalisées sont la mise en place d'enseignes nationales (regroupant secteur associatif, mutuelles et secteur privé lucratif) et la création du Chèque Emploi Service Universel (CESU). Ce nouveau titre de paiement concerne les activités à domicile dans le domaine de l'enfance, de la dépendance et de l'habitat et présente plusieurs avantages attractifs, à condition toutefois pour le bénéficiaire d'être imposable. Ces avantages fiscaux bénéficieront vraisemblablement plus aux « clients » des entreprises de services à la personne qu'aux usagers des services d'aide à domicile, plus souvent précarisés financièrement.

Ainsi, les acteurs associatifs du secteur sont vigilants sur les résultats concrets de l'Agence Nationale des Services à la Personne ; il est à espérer qu'elle sera attentive à la qualité plus qu'au développement, et qu'elle pratiquera une régulation vers le haut...

1.2 Apport des sciences humaines

Afin de comprendre et de saisir les enjeux de l'accompagnement à la parentalité, il semble indispensable de regarder comment se joue l'arrivée d'un enfant dans la famille, au travers du temps et des cultures.

1.2.1 Approche historique : l'enfance d'hier

La petite enfance que nous connaissons aujourd'hui, valorisée, individualisée, personnalisée, institutionnalisée est une invention récente.

L'Antiquité et le Moyen-âge sont empreints par une considération de l'enfant dans un temps immobile des origines et par l'importance de la transmission familiale. Sur ces périodes, en France, même si le modèle dominant est celui de la famille nucléaire, la famille n'est pas repliée sur elle-même ; elle est solidement liée à la communauté

paysanne ; ainsi les enfants grandissent avec d'autres enfants et adultes qui se retrouvent pour accomplir les différentes tâches quotidiennes. De plus, l'espérance de vie étant très faible (cinquante ans), les familles recomposées sont déjà présentes à cette époque avec les remariages et nouvelles naissances suite au décès de l'un des conjoints. Les cohabitations sur trois générations ne sont pas rares. Ainsi, dans la famille ancienne, dans la maison ou au village, les enfants sont rarement seuls avec leurs parents, ils sont sans cesse mêlés à d'autres adultes qui participent plus ou moins à leur éducation, qui est plus un apprentissage par imprégnation qu'une instruction normalisée. L'accompagnement à la parentalité est donc intrinsèque à l'organisation familiale moyenâgeuse.

Cette période de l'histoire est également marquée par l'omniprésence de la mortalité infantile ; un enfant sur quatre meurt avant un an, et un sur deux seulement arrive à l'âge adulte. Entre des suites catastrophiques de l'accouchement, un manque d'hygiène et l'absence des soins thérapeutiques, le jeune enfant est quelque chose de fragile, une petite existence souvent éphémère, en pointillé. ; traversés par la probabilité de la mort, les parents sont conditionnés par leur conception de l'enfant et influencés dans leur manière de l'élever.

Entre les 16^{ème} et 18^{ème} siècles, le tout-petit est très souvent rejeté hors de la famille par la mise en nourrice ou l'abandon. La mise en nourrice est connue depuis la plus haute Antiquité, mais jusqu'au 16^{ème} siècle, elle n'est pratiquée que dans les milieux dirigeants. Elle est justifiée par le rôle social joué par les femmes de l'aristocratie, la noblesse ou la haute bourgeoisie (la représentation et l'image du corps). A partir du 17^{ème} et surtout du 18^{ème} siècle, la mise en nourrice se répand dans toutes les couches de la société urbaine. Sur cette période la parentalité est donc déléguée.

Les 17^{ème} et 18^{ème} siècles sont marqués par la découverte de l'Enfance et la valorisation de l'enfant à l'époque des Lumières. Au 18^{ème} siècle, dans de nombreux Etats européens, la crainte du dépeuplement met la santé des enfants au centre des préoccupations : il devient important pour la force du pays qu'ils ne meurent plus. Dans ce contexte, nombreux sont les ouvrages de toute sorte consacrés à la « conservation » des enfants ou à leur « éducation physique ». C'est toute l'Europe qui participe à l'élaboration des ouvrages concernant la sauvegarde de la petite enfance mais *L'Emile* de Rousseau¹⁹ est sans conteste le livre le plus célèbre du courant politique et philosophique favorable à l'enfance. Rousseau y montre d'une façon très convaincante que, dès sa naissance, le petit enfant est beau et bon. La règle d'or de toute entreprise éducative est de laisser faire la nature, guider l'enfant avec délicatesse, « *bannir tous les artifices (comme la mise en nourrice), toutes les entraves (comme le maillot) et toutes les pédagogies fondées sur la*

punition, qui n'ont d'autre but qu'un dressage avilissant »²⁰. Tous ces préceptes sont relayés par les médecins des Lumières. Les nombreux acheteurs et lecteurs de *l'Emile* sont de « nouveaux parents » ; ainsi les parents de la petite noblesse et de la bourgeoisie s'intéressent désormais aux nourrissons et aux jeunes enfants. Ils ne sont plus placés en nourrice et de nouveaux rapports affectifs se nouent. Chaque enfant, même encore au berceau, est un être à part entière qu'il faut aider à grandir selon sa personnalité et la parentalité, accompagnée, est alors valorisée.

Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, en Europe occidentale, les contraintes économiques font que la famille représente la structure de production la plus efficace et la plus répandue : les enfants sont nécessaires et bien accueillis et sont très vite une force de travail utile. C'est dans ce contexte que s'organisent les premiers dispositifs de prévention. Ainsi, une première politique de santé publique en faveur de la petite enfance se met en place au 18^{ème} siècle, et les premiers ouvrages de puériculture apparaissent. Au cours du siècle, on observe une modeste accumulation de petits progrès médicaux, qui associée à une amélioration de l'alimentation des mères, explique en partie la baisse légère mais sensible de la mortalité infantile en France à la fin de l'Ancien Régime.

Au 19^{ème} siècle, la médicalisation et la protection de l'enfance passe par la mise en nourrice sur le lieu d'habitation. Dans les familles bourgeoises, la valorisation de la fonction maternelle se confirme; la mère devient très présente comme éducatrice auprès de ses enfants et ce dès leur plus jeune âge. La seconde partie de ce siècle connaît le développement des crèches ; ces institutions s'adressent délibérément aux mères des milieux populaires qui travaillent, afin de les « *aider à élever leurs enfants d'une manière hygiénique et rationnelle* »²¹. Plus profondément, il s'agit d'exercer sur les mères une « *influence salubre et moralisatrice* »²², à l'aide de conseils d'hygiène et de diététique et de dons de layettes confortables et adaptées.

Au 20^{ème} siècle, une législation sociale favorable aux mères et aux enfants apparaît dès 1913 ; son but est d'enrayer la dénatalité par le biais d'aides aux familles nombreuses et aux pauvres. Mais à la fin des années trente, tous les enfants ne sont toujours pas suivis médicalement ; il faudra attendre la politique sociale volontariste de l'Après Guerre pour créer en 1945 la Protection Maternelle et Infantile, qui s'adresse désormais à tous les enfants. La médicalisation de la petite enfance fortement développée après les années 1880 se poursuit et après la guerre de 1914, la France adopte le système américain des infirmières-visiteuses, effectuant des visites à domicile, pour vérifier la qualité des soins et de l'environnement quotidien des enfants et de leurs mères. Cette

¹⁹ Jean-Jacques ROUSSEAU *Emile ou De l'éducation* Paris 1762

²⁰ *ibid*

²¹ M. GUIDETTI, S.LALLEMAND, MF MOREL *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* Paris Armand Colin 2000 p.107

²² *opus cité p107*

médicalisation intervient de façon très autoritaire, et dans les nombreux manuels édités à cette époque, la critique des anciennes pratiques et superstitions est très vive. Désormais, il ne suffit plus d'aimer son enfant ; pour être une bonne mère, il faut avoir appris : si la mère s'écarte des préceptes médicaux, le nouveau-né risque la mort. La culpabilité et la peur de n'être pas à la hauteur font désormais partie de la fonction de parent.

Malgré tout, les effets positifs de cette médicalisation sont indéniables, la mortalité baisse à 100 pour mille en 1921-1925 et à 78 pour mille en 1931-1935, alors qu'elle atteignait encore 189 pour mille en 1871-1875²³. Après des millénaires d'incertitudes, il est désormais possible de penser que tout enfant qui naît a des chances raisonnables de survie : on peut avec lui se projeter dans l'avenir et donc investir la relation.

Ainsi, depuis toujours l'éducation des enfants a été une préoccupation collective, qu'elle soit prise en charge par la famille élargie, des parents de substitution avec la mise en nourrice, et plus précisément avec la mise en place de politiques familiales et de santé publique. L'accompagnement que notre service propose aux jeunes parents s'inscrit dans cette continuité.

1.2.2 Approche anthropologique : les enfances d'ailleurs

Dans les couches moyennes de la société occidentale et contemporaine, en famille restreinte, la concentration des soins à effectuer par la mère reste maximale, même si la place des pères évolue.

Sur d'autres continents, en famille étendue, l'intervention de l'entourage est progressive mais substantielle ; ainsi, en étudiant une famille Dogon au Mali, Pisani²⁴ montre comment la relation fusionnelle mère/bébé pendant les huit premiers jours (période de réclusion de la mère) évolue au quatrième mois de l'enfant vers une multitude d'interventions de jeunes enfants, de grand-mère, de visiteuses puis du père qui semblent quantitativement et qualitativement saturer l'univers relationnel du bébé. Chez les pygmées du Centre Afrique, dès la naissance, les soins prodigués au bébé le sont par plusieurs intervenantes ; ainsi les réponses aux cris du bébé sont immédiates et la plupart des bébés sont co-allaités par plusieurs femmes du groupe ; une moyenne de quatorze personnes veille plus ou moins activement sur lui. L'entourage maternant peut donc intervenir selon diverses modalités : relayer ponctuellement la mère ou se substituer complètement à elle. Il peut aussi seulement veiller à ce qu'elle accomplisse

²³ M. GUIDETTI, S.LALLEMAND, MF MOREL *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui* Paris Armand Colin 2000 p.115

²⁴ Pisani L. *Mère, enfant et entourage dans une communauté rurale africaine* 1988 p 189-206.

intégralement la fonction nourricière ou pédagogique qui lui est assignée. Ainsi, chez les Mossi du Burkina, belles-mères et surtout sœurs et cousines du père ont pour fonctions d'informer la génitrice et de surveiller sa qualité de maternage plus que de la seconder directement. L'accompagnement se traduit ici en co-maternage.

En s'intéressant aux sociétés traditionnelles, en opposition aux sociétés industrielles d'Europe et d'Amérique du Nord, nous remarquons que les pratiques de maternage selon les cultures permettent de définir un modèle éducatif. Ainsi, Malinowski²⁵, anthropologue, insiste, en 1927, sur l'intérêt d'une connaissance approfondie et d'une confrontation entre la vie adulte et enfantine. Cette pensée se retrouvera au sein d'un mouvement d'anthropologues américains : « culture et personnalité » incarnée par Margaret Mead²⁶. L'idée force porte sur le conditionnement culturel (dès la petite enfance) qui expliquerait l'apparition ou la maintenance, dans une population donnée, d'un type précis d'individu. Il s'agit là de l'affirmation que l'inné culturel ne peut exister, et qu'étudier les différences de comportement relatives à la prime éducation donnera des indications sur la façon dont les individus se construisent.

Bien que le risque soit d'établir une classification quelque peu simpliste et dangereusement proche du déterminisme, on voit apparaître les prémises d'une politique de prévention.

1.2.3 Approche psychologique et sociologique : l'enfant d'aujourd'hui

L'évolution récente de la situation de l'enfance au cours des cinquante dernières années peut être résumée de la façon suivante : le cadre législatif relatif à l'enfance continue à s'étoffer pendant que s'affirme la notion de droits de l'enfant ; les progrès médicaux ont permis que se poursuive la baisse de la mortalité infantile tandis que, après la fin du baby-boom au milieu des années soixante, le nombre d'enfants par famille continue de décroître ; parallèlement, le travail féminin poursuit sa croissance, ce qui conduit à multiplier les modes de garde à l'extérieur du domicile, à accroître la scolarisation des jeunes enfants dont la quasi-totalité fréquente des trois ans l'école maternelle ; tout cela modifie considérablement les conditions de socialisation des jeunes enfants. Par ailleurs, « la famille classique » (père-mère-enfants) a tendance à être de moins en moins la norme puisque le taux de divorces continue d'augmenter, les familles recomposées et monoparentales composent une part non négligeable des foyers français. Enfin, la constitution de la psychologie en tant que science et la diffusion des données de la recherche auprès du grand public en particulier à propos du

²⁵ Bronislaw Malinowski (1884-1942) anthropologue né en Pologne, ayant travaillé aux Etats-Unis et au Royaume-Uni ; il a développé le fonctionnalisme en s'appuyant sur l'observation participante.

²⁶ Margaret Mead (1901-1978) anthropologue américaine

développement précoce ont eu des retombées sensibles sur la représentation et les pratiques relatives aux jeunes enfants.

Les progrès de la médecine se sont bien sûr poursuivis et, au fil des années, la grossesse et la naissance se sont médicalisées et sont loin de constituer aujourd'hui ces événements domestiques et sociaux auxquels participaient la famille et le voisinage ; tout a semblé évoluer comme si, pour l'intérêt de l'Etat, le fait de donner la vie était devenu trop important pour pouvoir le laisser à la libre disposition des individus et des familles. Bien sûr, ces progrès médicaux ont permis de faire progresser considérablement la survie et la santé des nourrissons ; la mortalité infantile est passée en 50 ans de 52 pour mille à moins de 6 pour mille. Parallèlement, la France est l'un des seuls pays d'Europe où le taux de natalité progresse et détient le record : il est actuellement de deux²⁷ enfants par femme. En 2005, notre pays enregistrait 807 400 naissances.

L'approche psychologique nous permet de comprendre l'importance de l'interaction parent/enfant. La psychologie de l'enfant ou du développement prend ses origines à partir de la publication de *l'Emile* de Rousseau (1762) et se poursuit avec les nombreuses observations d'enfants. Il est désormais classique de faire appel à trois théories de référence, celles de Piaget, de Wallon et de Freud pour décrire le développement psychologique de l'enfant. La perspective de Piaget²⁸ est dite constructiviste car il considère que les connaissances s'acquièrent et se développent au cours d'échanges entre l'individu et l'environnement. Son modèle est hiérarchique dans le sens où les connaissances se structurent progressivement en prenant appui sur les connaissances antérieures et en préparant l'intégration de connaissances nouvelles. Wallon²⁹ est l'auteur d'un modèle qui intègre à la fois les aspects cognitifs et sociaux du développement ; il s'est également préoccupé des questions d'éducation. Il considère que l'enfant est un « être social » dès sa naissance et qu'il construit son identité dans et à travers les relations avec autrui. Freud³⁰, non pas comme psychologue mais fondateur de la psychanalyse, s'est intéressé au développement de l'enfant au travers de sa conception de la genèse de la personnalité et l'importance qu'il a accordée aux perturbations des relations intra familiales dans la genèse des troubles psychiques. Pour Freud, le développement affectif de l'enfant est déterminé par ses expériences relationnelles précoces et par les relations interpersonnelles qu'il a développées, en particulier avec sa mère, au cours de la petite enfance. En France, cette approche reste dominante dans les conceptions actuelles du développement psychologiques de l'enfant et sur les prises en

²⁷ Issu de Bilan Démographique 2006 www.insee.fr

²⁸ PIAGET (1896-1980)

²⁹ WALLON (1879-1962)

³⁰ FREUD (1856-1939)

charge thérapeutiques de la pathologie infantile ; elle sera largement reprise par Françoise Dolto, dans son ouvrage *La cause des enfants*³¹.

Cette notion est au cœur de la prévention précoce dans l'accompagnement à la parentalité.

1.2.4 Une expérience européenne : l'accompagnement de la naissance en Hollande

Il est intéressant d'observer les pratiques de prise en charge des naissances en Europe du Nord pour voir que l'accompagnement social et psychosocial y est inscrit très fortement.

En Hollande, toute grossesse est considérée comme physiologique ; ainsi, les femmes enceintes débutent leur grossesse avec des sages femmes libérales et la moitié d'entre elles seront suivies par ces mêmes sages femmes jusqu'à l'accouchement. Ainsi, la naissance semble pouvoir échapper à l'hyper-médicalisation mais surtout l'accompagnement par les sages femmes se poursuit jusqu'à quarante jours après la naissance. Il est à noter que ce pays enregistre 30% des naissances à domicile (2% en France), 15% en maison de naissance et 55% à l'hôpital. Ainsi, assurer la cohérence entre le suivi de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale est de la responsabilité de la sage femme, aidée par d'autres intervenantes lors du retour à domicile : la « soignante du postnatal ». Cette dernière travaille quotidiennement au domicile de la mère pendant une semaine. Ces soins postnataux sont traditionnels aux Pays-Bas puisque certaines agences peuvent se prévaloir d'une expérience de cent ans. Ces soins s'adressent à toutes les femmes accouchées : ils ne sont pas réservés aux familles en difficulté sociale. Ils entrent donc bien dans le cadre de la prévention. Cette forme de prise en charge est unique au monde. Une professionnelle s'occupe de toute la famille, en veillant particulièrement au bien-être de la mère et du nouveau-né. Ces soins postnataux sont fournis par des prestataires de service qui sont des entreprises privées, lesquelles embauchent des soignantes du postnatal. Les missions de la soignante consistent à assurer les soins, l'accompagnement et le soutien depuis le jour de l'accouchement jusqu'au retour à domicile. Ainsi, en Hollande, contrairement à ce qui se passe en France, la mère et le nouveau-né ne sont pas extraits de leur « terreau » naturel que représentent la famille et l'entourage. Ce ne sont pas la mère et l'enfant qui s'adaptent au fonctionnement de l'hôpital mais la soignante qui s'adapte à la famille dans son fonctionnement au quotidien. L'accompagnement n'est donc pas vécu comme une surveillance médicale mais comme une reconnaissance de l'importance de cette naissance pour la société. La soignante fait appel à des compétences multiples ; aide-

³¹ Françoise DOLTO *La cause des enfants* Paris Robert Laffont 1985

ménagère et spécialiste de l'allaitement, elle a également des responsabilités paramédicales et relationnelles. Par sa présence et ses qualités humaines, elle favorise la prise de confiance en elle-même de la mère et permet son autonomisation progressive. Elle prend également en charge la famille dans son ensemble, ainsi que les tâches ménagères en lien direct avec la mère et l'enfant.

Ses missions sont très proches de celles des T.I.S.F, comme nous le verrons dans la description de l'offre de service de l'A.A.F.P.

1.3 Définitions et Concepts

Nous l'avons vu, les femmes dans le post-partum ne sont plus prises en charge directement par la communauté ou la famille élargie comme il était coutumier au début du siècle précédent et encore aujourd'hui dans certaines cultures. Physiquement le réseau de soutien est le plus souvent réduit à la famille nucléaire. L'accompagnement de la mise en place des liens parents/enfants doit susciter toutes les attentions, plus encore dans un contexte d'isolement, de précarité, de psychopathologie mal repérées.

Ainsi, le champ de la Périnatalité interpelle la notion même de Prévention

1.3.1 Périnatalité : interactions mère/bébé et développement de l'enfant

La périnatalité, au sens psychologique du terme, recouvre la période du développement de l'enfant qui va de la conception jusqu'à la deuxième année de la vie environ. Sous le terme de périnatalité, on entend tous les mécanismes inter et trans-générationnels concernant le désir d'enfant, la grossesse, la naissance et la petite enfance.

L'enfant (ou le futur enfant) et les parents (ou les futurs parents) sont désormais considérés comme un système indivisible où chacun influence l'autre et reçoit les influences de l'autre.

Cette discipline nouvelle – et en plein essor – s'avère fondamentalement transdisciplinaire (psychiatres, psychanalystes et psychologues d'enfants et d'adultes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens, puéricultrices et sages-femmes, éducatrices de jeunes enfants, travailleurs sociaux...) et s'intéresse aux interactions parent/bébé, conditionnant le développement de l'enfant.

La plupart des problèmes survenant dans le post-partum peuvent être anticipés par la connaissance des facteurs d'insécurité dès l'anténatal. C'est pendant la grossesse qu'il faut sensibiliser, organiser, coordonner, créer des liens sécurisants. En effet, les

dépansions maternelles pourraient être prévenues ; à la fin de la grossesse, un tiers des futures mères déprimées le sont déjà.

La dépression puerpérale, qui touche 15% des femmes, appelée familièrement « baby blues », est une espèce de nostalgie, surtout chez les jeunes primipares qui isolées, rentrant chez elles ne sont pas à l'aise avec l'enfant et ne savent pas quoi faire.

La dépression, elle, est différente et se manifeste sous deux formes ; soit par un ralentissement psychomoteur, avec un émoussement affectif, qui fait que l'enfant a affaire à une mère peu réactive, soit par l'hyperactivité d'une mère intrusive, excitée pour lutter contre la dépression, et qui multiplie les activités avec l'enfant. Les enfants réagissent à la dépression de la mère de façon variable ; les uns sont excités et instables, les autres au contraire sont trop calmes, réagissant eux-même à la dépression de la mère par une véritable dépression.

Dans deux cas sur mille, la dépression est psychotique, c'est à dire délirante, avec des mères qui ne reconnaissent pas leur enfant, en nient l'existence ou veulent souvent le tuer. Les unités d'hospitalisation mère/bébé prennent en charge ces cas les plus critiques. Elles permettent de maintenir le lien et d'éviter ainsi des séparations précoces de la mère et du bébé qui pourraient engendrer des désastres chez l'enfant.

La grossesse et la mise au monde d'un enfant sont des « événements physiologiques » pour une femme mais représentent aussi de véritables épreuves physiques et psychiques. Grossesses et post-partum³² sont des moments de remaniement et de fragilité psychique. La relation de la mère avec son bébé après l'accouchement est plus ou moins en continuité avec celle de la mère et son fœtus. Les liens mère-bébé prennent racines dans une relation de proximité, de reconnaissance et de langage, dans laquelle les capacités sensorielles et motrices du nouveau-né, l'état psychique et physique maternel jouent un rôle essentiel.

L'installation précoce de la relation mère/enfant dépend des capacités maternelles à soutenir sa place de mère et à reconnaître les besoins de l'enfant. Mais elle dépend également des capacités de l'enfant à manifester des signes d'attachement.

La notion d'attachement a acquis un sens précis en psychopathologie, avec le psychanalyste anglais Bowlby : sa théorie s'appuie sur la notion de relation d'objet en psychanalyse et sur ses recherches concernant la nature du lien.

La théorie de l'attachement souligne que la capacité à établir des liens affectifs forts avec des personnes particulières est une composante de la nature humaine. Elle s'exprime chez le tout jeune enfant par la manifestation d'un comportement d'attachement envers ses parents ou des personnages maternants dans un but de protection et de réconfort. Ceci constitue le fondement de la sécurité pour l'enfant et lui permet d'explorer

son environnement. L'attachement est défini par Bowlby comme « *le produit de l'activité d'un certain nombre de systèmes comportementaux qui ont pour résultat prévisible la proximité de l'enfant par rapport à sa mère*³³ ». Ces systèmes comportementaux sont, selon lui, la succion, l'étreinte, les cris, le sourire. Il est important de souligner que dès un âge très précoce, ces systèmes peuvent être activés par une vaste gamme de stimuli.

Le comportement d'attachement se développe lentement, mais il existe dès la naissance. L'enfant cherche à maintenir la proximité avec sa mère par des sourires, des appels, en la suivant du regard ou plus tard en allant vers elle. Il manifeste des expressions émotionnelles (joie ou pleurs) quand elle revient ou s'éloigne et se sert d'elle comme base d'exploration. L'attachement est activé par des sensations de faim, de malaise, de fatigue, de peur, de chagrin.

Il est évident que ces capacités d'attachement sont tout à fait essentielles pour que le tout petit entre dans la relation et les interactions mère/enfant. Ces comportements qui le font s'attacher à sa mère, ou à toute personne maternante, sont interprétés par la mère et les deux parents comme une reconnaissance de leur position parentale. De ce fait, la mère sera beaucoup plus encline à aller vers son enfant, à le reconnaître comme tel et à s'en occuper.

T.Berry Brazelton³⁴, pédiatre américain, a joué un rôle très important sur la diffusion des connaissances sur le développement du bébé : « *Regardez-moi, je vais faire de vous une bonne mère, parce que votre enfant est formidable* », disait-il à une mère en lui montrant comment l'enfant suivait son regard dès la naissance.

L'ensemble des professionnels intervenant sur la Périnatalité auraient tout intérêt à s'inspirer de sa formule pour valoriser les compétences parentales ; les T.I.S.F s'y attachent quotidiennement.

1.3.2 Prévention : ses différents niveaux et ses défis

Le Petit Robert³⁵ dans ses trois premières définitions du mot « *prévention* » nous rappelle sa forte connotation négative ; il s'agit d'avoir une « *opinion, un sentiment irraisonné d'attirance ou de répulsion antérieur à tout examen* », « *de la situation d'une personne prévenue d'une infraction* », ou au sens littéraire d' « *une accusation* ». Ce n'est qu'au milieu du XXème siècle, que le langage courant utilise la prévention comme « *ensemble de mesures préventives contre certains risques* » et comme « *l'organisation chargée de les appliquer* ». Il apparaît alors l'idée d'une coordination d'actions réalisées

³² Période après la naissance

³³ L'arbre de vie Eléments de psychopathologie du bébé. S. Lebovici Erès 2001 p.74

³⁴ T.Berry Brazelton *Trois bébés dans leur famille : Laura, Daniel et Louis. Les différences du développement* Paris Stock 1985

dans l'objectif d'éviter l'apparition d'un événement jugé comme préjudiciable. Plusieurs registres sont convoqués : celui de l'intervention, celui de la temporalité et celui de la nocivité. L'idée de processus apparaît alors comme se trouvant à la base de toute possibilité de prévention ce qui amène à concevoir des niveaux préventifs différents selon le moment où l'on intervient.

La prévention primaire se situe en amont du processus et doit permettre d'éviter l'apparition d'un trouble. Les deux autres niveaux se situent dans une dimension thérapeutique ; la prévention secondaire sera dans le dépistage et la prise en charge précoce des troubles. Réduire les souffrances ou limiter le développement des troubles déjà existants sera l'objet de la prévention tertiaire.

Parler de prévention en périnatalité nous situe donc dans la prévention primaire, en cela que les interventions proposées doivent pouvoir empêcher l'apparition des troubles de la relation mère-enfant. Mais la prévention périnatale articule les différents niveaux de prévention puisque toute démarche de prévention secondaire (ou tertiaire) envers le parent se déclinera en prévention primaire pour le bébé.

Ainsi, ces trois niveaux de prévention repérés, nous pouvons situer les interventions des T.I.S.F. dans la pluridisciplinarité de la prévention et de la protection.

Les T.I.S.F. de l'A.A.F.P interviennent en lien avec les différents acteurs de la protection de l'enfance. Ainsi, selon que nous coopérons avec les travailleurs sociaux de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), de l'Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO), les équipes éducatives et/ou médicales d'un Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP), les Centres Médico-Psychologique (CMP), les unités d'hospitalisation mère-enfant, nous sommes amenés à aborder la prévention des troubles physiques (repérages handicaps), la prévention des troubles psychologiques et psychiatriques (mère & enfant), la prévention de la maltraitance.

L'enjeu d'un service d'aide à domicile comme celui que je dirige est, à mon sens, de savoir se positionner dans ces différents partenariats. Il est primordial, en effet, que l'aide à domicile aux familles puisse réintégrer le niveau primaire de la prévention et ce dans une conception prévenante et non prédictive. La conception prédictive est rattachée à l'idée du dispositif de contrôle généré par « *l'intuition de l'efficacité sociale d'une attitude préventive en matière de relations précoces* »³⁶ ; dans ce cadre, la prévention sous-tendrait le modèle de la parentalité idéale avec la normalisation des relations adéquates parent-enfant. C'est cette approche que rejetait Françoise Dolto dans *La cause des*

³⁵ Le Petit Robert *Dictionnaire de la langue française* Paris Le Robert 1986

³⁶ Gérard NEYRAND article *La prévention précoce, une démarche paradoxale* publié dans Dialogue 3^{ème} trimestre 2002

enfants³⁷ et à laquelle, en réaction au Rapport INSERM « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent »³⁸, le Collectif Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans³⁹ s'est farouchement opposé à l'initiative de professionnels de la Santé et de la Petite Enfance.

La conception prévenante de la prévention périnatale se situe elle dans une perspective d'amélioration des conditions d'existence des parents et des jeunes enfants. Il s'agit là pour notre service de T.I.S.F de développer et de valoriser les compétences parentales, tout en agissant dans l'objectif d'améliorer leurs conditions de vie, y compris dans les aspects très pratiques.

1.3.3 La prise en charge hospitalière de la périnatalité et ses limites

La France est l'un des pays au monde les plus avancés en matière de protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants. Des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile ont été observés. Toutefois, des risques importants existent encore notamment liés à l'hypertechnicité médicale qui tend à faire naître et prendre en charge des enfants de plus en plus prématurés avec de plus en plus de risques de développer des handicaps. Ceci explique l'accent mis par l'hôpital sur les grossesses et les accouchements dits à risque et son retrait autour des naissances dites « classiques ».

La mise en place d'une tarification à l'acte (T2A) réduit les séjours en maternité à 48 heures voire 24 heures. La tarification à l'activité lie le financement des hôpitaux et des cliniques au nombre d'interventions pratiquées. Le risque est de modifier profondément l'offre de soins puisque la détermination d'un coût standard passe par une description exhaustive des différentes activités, a priori impossible dans le domaine médical. Outre la réduction des séjours, le travail de coordination risque de ne plus pouvoir être assuré parce que non financé⁴⁰. Ainsi, d'une « hypermédicalisation » de tous les suivis de grossesse qui a pu dans certains cas éloigner la mère du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance, la dépossédant parfois de sa maternité, nous

³⁷ Françoise DOLTO La Cause des Enfants Paris Robert Laffont 1985 p556 « *Ils font des fiches qui suivent l'enfant toute sa vie. Cette inquisition policière, justement, nous en voulons pas la servir* »

³⁸ Expertise publiée fin 2005 par l'INSERM à la demande de la CANAM pour « une étude approfondie des connaissances sur le trouble des conduites chez l'enfant avec l'objectif d'en améliorer le dépistage, la prévention et la prise en charge ».

³⁹ Collectif Pas de 0 de Conduite www.pasde0deconduite.ras.eu.org Ce collectif a dénoncé la dangereuse corrélation, établie par le rapport précité, entre les difficultés psychiques de l'enfant et une évolution vers la délinquance. Il s'inquiétait à propos du dépistage très précoce des troubles comportementaux _ y compris en période périnatale_ et s'élevait contre les risques de dérives des pratiques de soins, notamment psychiques, vers des fins normatives et de contrôle social. Présentation en annexe III

⁴⁰ analyse tirée d'articles du Monde daté des 18 et 26 décembre 2007

revenons à la banalisation de ce moment de vie en laissant l'accompagnement de la naissance à la sphère privée. Lorsque l'environnement familial est défaillant, quelle prise en charge psychosociale est proposée ?

Certains hôpitaux mettent en place en alternative aux sorties précoces de maternité, l'hospitalisation à domicile en Obstétrique. La réflexion se fait autour d'un accompagnement médical mais aussi social, domestique et psychologique. Il est à noter que l'accompagnement matériel, éducatif et le soutien psychologique que constituent les interventions des T.I.S.F sont préconisés par le rapport de l'ANAES *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile*⁴¹.

Conclusion 1^{ère} partie

Malgré une évolution constante, le secteur de l'aide à domicile peine encore à se positionner dans le champ de l'action sociale. Cependant, avec un cadre réglementaire de plus en plus précis et une professionnalisation accrue, les SAAD en direction des familles sont inscrits dans les dispositifs de prévention pour la protection de l'enfance ; c'est l'expérience des T.I.S.F dans le soutien à la fonction parentale qui est reconnue.

Les transformations et fragilisations de la famille contemporaine modifiant les conditions de socialisation de l'enfant, et les sciences humaines nous rappelant que l'éducation de l'enfant a été et doit être une préoccupation collective, l'accompagnement à la parentalité doit être pensé de façon prévenante. Les interventions des T.I.S.F dans le cadre de la périnatalité se situent ainsi au cœur de la prévention précoce.

Leur déclinaison au sein de l'A.A.F.P de Marseille, en réponse aux besoins spécifiques d'une population donnée est maintenant à préciser.

⁴¹ ANAES *Sortie précoce après accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile* rapport paru en mai 2004. L'ANAES est aujourd'hui remplacée par la Haute Autorité de Santé (HAS)

2 Périnatalité et Prévention à l'épreuve de nos pratiques institutionnelles

2.1 Mission et cadre de référence institutionnel

2.1.1 L'histoire de l'association

A) Présentation

L'Association d'Aide Familiale Populaire (A.A.F.P.) de Marseille a été créée en 1973 par la Confédération Syndicale des Familles (C.S.F.). C'est un service d'aide à domicile spécialisé envers les familles avec différents intervenants : des Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F), des Auxiliaires de Vie Sociale (A.V.S.), des Agents ou Employés à Domicile.

Cette association appartient à une Fédération Nationale (FNAAFP/CSF) qui regroupe plus de soixante-dix services sur l'ensemble du territoire français..

Par la création et la gestion des services d'Aide à Domicile, notamment par l'intervention des T.I.S.F., les A.A.F.P. apportent un soutien aux familles et contribuent à leur équilibre. L'action préventive développée à cette occasion favorise le maintien au foyer des membres de la famille, des enfants notamment.

Aussi, depuis son origine, « *la FNAAFP/CSF bataille pour le droit à la travailleuse familiale dans des situations de maladie, de grossesse pathologique, de fatigue due à la surcharge liée à une naissance, à la séparation des conjoints....*

Depuis la Libération, les Associations de l'Aide Familiale Populaire (A.A.F.P.), partie intégrante de la Confédération Syndicale des Familles (CSF), ont été un outil pour la conquête du Droit à la Santé pour les familles populaires.

L'idée était que le Droit à la Santé pour Tous ne peut se réaliser pleinement que si l'on permet aux usagers eux-mêmes d'intervenir sur tout ce qui touche leur vie, individuellement mais surtout collectivement. Les A.A.F.P. veulent également permettre une meilleure vie sociale, une promotion collective, par une mise en relation des familles entre elles, seule façon de sortir de l'assistance dans laquelle elles sont parfois maintenues⁴² ».

La Fédération concentre aujourd'hui sa réflexion et ses actions sur la reconnaissance des besoins des familles, la formation des professionnels et la

⁴² extraits de la plaquette de présentation de la FNAAFP/CSF

reconnaissance du droit à être aidé à domicile. L'objectif est d'instaurer une action sociale dans laquelle toute notion d'assistance serait exclue, grâce à la participation des familles.

Plus particulièrement, les statuts de l'Association d'Aide Familiale Populaire de Marseille, précisent _ outre la mise en place d'un service d'aide à domicile _ la volonté de faire la preuve qu'un autre type de gestion que l'habituel rapport « salarié-patron » peut exister en s'appuyant sur la confrontation positive entre les financeurs, salariés et usagers, notamment par leur participation active dans toutes les instances de décision. L'A.A.F.P. se fixe comme autre objectif la syndicalisation des familles à la Confédération Syndicale des Familles, pour une prise en charge collective du Droit à la Santé pour Tous. Dès lors, l'accent est mis sur la force militante à l'origine de l'A.A.F.P. de Marseille, avec une volonté politique puissante, au-delà des objectifs fédéraux nationaux.

Ce décalage est fortement présent aujourd'hui et a des conséquences sur la gestion du service, notamment sur les relations Conseil d'Administration / Direction. Il s'agit là de la confrontation des objectifs fondateurs avec les réalités d'exécution, liées non seulement à des besoins identifiés mais aussi à des commandes publiques. L'enjeu est pour moi ici de poser un diagnostic suffisamment précis qui permettra au Conseil d'Administration de mesurer la nécessaire adaptation du service à l'évolution des besoins.

L'A.A.F.P. de Marseille est, cependant, forte de ses valeurs, puisque la reconnaissance que nous avons auprès de nos différents partenaires et de nos bénéficiaires est une conséquence directe de l'approche globale de la famille, telle que la prône la C.S.F. Il est donc possible de concilier idéaux et pratiques, notamment autour de la transmission de valeurs dans l'action des intervenants.

Cela passe sans doute par une meilleure appropriation de l'histoire de l'association...

B) L'Histoire du mouvement

Me replonger dans les préparatifs du soixantième anniversaire de la création des premiers services d'aide familiale populaire, m'a permis de mieux mesurer l'ancrage syndical et ouvrier de l'association créatrice du service que je dirige aujourd'hui.

Au cœur de la période 1940-1944, « *pendant la guerre et l'occupation qui engendrent la pénurie sous toutes ses formes, les réquisitions par l'occupant, les bombardements, les séparations, les arrestations et quotidiennement la faim, le froid...* sont créés les deux premiers services d'Aide Familiale à Lyon et à Roubaix par les militants du Mouvement Populaire des Familles (MPF). Ces deux villes ne sont pas sans signification puisque Roubaix était en zone dite « interdite » et promise à l'annexion à

l'Allemagne et que Lyon était en zone Sud, et non plus en « zone libre » depuis la fiction du régime de Vichy⁴³ ». Deux contextes différents de vie quotidienne et pourtant les militants du MPF font la même analyse des besoins des familles et mettent en place la même réponse : l'Aide Familiale.

Très vite, de nombreux services voient le jour dans différentes villes ; rapidement pour les militants du MPF, le mouvement forme un Tout et leur apporte à la fois le lieu et les éléments d'analyse et de réflexion, les moyens de mener des actions et de concrétiser la solidarité ouvrière, pour répondre aux besoins criants des familles populaires...

Parmi tous ces services concrets, l'Aide Familiale, c'est l'aide aux mères de famille du milieu populaire, surchargées, malades, hospitalisées, obligées de travailler, parfois réquisitionnées.

Les principes qui guident alors les militants du MPF sont l'appartenance à un mouvement qui a un projet global de société et pas simplement l'idée spontanée de faire du social et du caritatif :

- ✓ D'abord le concept de solidarité, bien différent de celui d'assistance
- ✓ Ensuite, le sens très fort de la nécessité de responsabiliser les familles, de leur donner une expression à travers des réalités très concrètes
- ✓ Et enfin, montrer que des familles de la classe ouvrière étaient capables de gérer.

L'idée est de poser les bases d'un grand système généralisé pour toute la France et non pas de mettre sur pied une micro-réalisation de quartier. Un article du Monde Ouvrier du 30 octobre 1943 intitulé « plus que jamais, intensifions l'Aide aux Mères ! » conclut : « *et que l'on fasse enfin quelque chose de vaste, de cohérent à la mesure des immenses besoins actuels⁴⁴* ».

Avec la Libération et la fin de la guerre, tout ce qui avait été pensé et initié peut s'organiser au grand jour : 1945 c'est aussi le renouveau de la vie sociale, syndicale et politique. Les femmes obtiennent le droit de vote et le MPF envisage un nouvel objectif pour les Aides Familiales : permettre aux mères de famille du milieu populaire d'avoir du temps libre pour participer à des réunions, à des actions sur le quartier, à des « *tâches civiques⁴⁵* »...

C'est l'époque de la Reconstruction. Très vite l'Aide Familiale doit passer à une autre vitesse ; le bénévolat ne suffit plus : il faut un financement public, une réglementation. Tout est à obtenir :

- ✓ Faire reconnaître officiellement les besoins

⁴³ extraits de la plaquette éditée pour le 60^{ème} anniversaire de la FNAAFP/CSF

⁴⁴ ibid

⁴⁵ ibid

- ✓ Trouver des financements
- ✓ Payer correctement les salariées, officialiser la formation
- ✓ Obtenir un statut professionnel et une convention collective
- ✓ Elaborer des projets de loi pour concrétiser ces revendications.

Pour mener à bien ces actions, dès janvier 1945, avait été créée la Fédération des organismes de Travailleuses Familiales dont le but était de coordonner et d'orienter l'action des Fédérations et de les représenter auprès des Pouvoirs Publics. En novembre 1947, est signée une convention-type avec l'UNCAF⁴⁶ et le 9 mai 1949 un décret définit officiellement la profession de Travailleuse Familiale.

Les combats de la Fédération ont été menés en lien avec les militants du MPF, qui jusque là avaient fait un choix de classe et non pas un choix politique, dans un désir d'unité. Mais en 1950, le MPF constate que « l'exigence de justice ne suffit plus ». Deux courants se dessinent peu à peu : l'un qui veut dépasser l'action sociale/familiale pour intervenir dans la vie politique, l'autre qui veut maintenir le mouvement dans son rôle social et éducatif. La « cohabitation » s'avère difficile, voire impossible, et en mai 1954, une Assemblée Générale décide de créer la FNAAFP (Fédération Nationale des Associations d'Aide Familiale Populaire). Les discussions et les débats furent nombreux et passionnés, mais ce qui a prévalu, c'est le souci de ne pas tomber dans le piège de la gestion pour la gestion et pour cela, l'importance de garder le lien avec un Mouvement, porteur des aspirations des familles populaires sur toutes les questions importantes : logements, équipements sociaux, éducation, place de la femme dans la société et dans la famille, etc.

C) L'A.A.F.P. et la C.S.F

Le combat de la Fédération est aujourd'hui toujours porté par l'objectif initial : donner des droits aux personnes, chercher à mieux répondre aux besoins avec comme trame de fond permettre une meilleure vie sociale en étant ouvert sur toutes les questions essentielles. C'est pourquoi, elle choisit de s'appuyer sur les réflexions menées par la Confédération Syndicale des Familles (C.S.F.), association familiale laïque et démocratique, qui « agit avec les familles pour une société plus juste et plus humaine »⁴⁷. Elle affirme le droit à un logement de qualité pour tous, à l'information et à la défense du consommateur, au maintien des services publics, à la réussite scolaire pour tous les enfants, à un rôle social et familial pour chacun.

⁴⁶ Union Nationale des Caisses d'Allocations Familiales

⁴⁷ extrait de la plaquette de présentation de la Confédération Syndicale des Familles

Implantée au cœur des quartiers populaires, la CSF agit pour et avec les familles. Elle a pour ambition, de les réunir dans une action collective, avec la conviction qu' « ensemble nous sommes plus forts »⁴⁸. La CSF demande une prise en compte plus réaliste et plus globale de la vie des familles. Elle souhaite voir mise en œuvre une politique familiale plus ambitieuse, qui ne laisse personne de côté.

Parmi les fédérations et unions nationales d'aide à domicile, la FNAAFP/CSF est la seule affiliée à un mouvement familial plus global ; elle peut ainsi bénéficier des apports et de la réflexion de la CSF dans le domaine de la famille.

Quelques exemples :

- ✓ La CSF met en place des groupes de parentalité. Les services d'aide à domicile A.A.F.P. peuvent utiliser le savoir faire de la CSF en la matière et travailler avec elle sur ce type de projet.
- ✓ la CSF est l'un des grands mouvements familiaux à participer chaque année à la Conférence de la Famille. En 2003, la CSF a pu peser sur les orientations prises dans le domaine de l'accueil de la petite enfance (création de la PAJE (Prestation d'Accueil du jeune Enfant), augmentation de l'enveloppe financière d'un milliard de francs en année pleine. Ce travail effectué à la CSF a permis à la FNAAFP/CSF de se positionner en particulier sur l'AGED (Allocation de Garde d'Enfant à Domicile) et l'AFEAMA (Allocation pour l'emploi d'une Assistante Maternelle Agréée). Par l'intermédiaire de la CSF, notre fédération a obtenu qu'un chapitre soit consacré à l'Aide à Domicile aux familles dans l'un des rapports issus de la Conférence de la Famille.
- ✓ la CSF réfléchit depuis plusieurs années sur l'intérêt pour les familles de développer des services de médiation familiale. Ces services doivent être vus comme complémentaires à nos services d'Aide à Domicile.
- ✓ la CSF met en place des activités de soutien scolaire ; les services d'Aide à Domicile A.A.F.P. sont bien évidemment intéressés par ce type de services en direction des familles.
- ✓ Les familles chez qui nous intervenons dans le cadre de l'Aide à Domicile peuvent également bénéficier d'un soutien sur d'autres problématiques comme le logement ou la consommation par l'intermédiaire de la CSF.

Cette filiation permet à la FNAAFP/CSF de peser sur les orientations des ministères et de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) dans le domaine de l'aide au foyer. Ainsi, la FNAAFP/CSF a obtenu du Ministre de la Famille et de la présidente de la CNAF leur soutien au projet « périnatalité ». De plus, la CSF est au cœur

⁴⁸ extrait de la plaquette de présentation de la Confédération Syndicale des Familles

des décisions du Conseil d'Administration de la CNAF dans le domaine de l'action sociale et familiale en général et de l'aide au foyer en particulier.

D) Le fonctionnement de l'association

Sont membres de l'Association :

- Les familles usagères de l'A.A.F.P. au cours de l'année civile où a lieu l'Assemblée Générale et celles de l'année civile précédente.
- Les adhérents CSF à jour de leur cotisation, mandatés par l'Union Départementale CSF pour représenter conformément à la vocation de la CSF, les intérêts des usagers dans la gestion des services.

L'Assemblée Générale se réunit tous les ans (et chaque fois qu'elle est convoquée par le Conseil d'Administration) ; elle entend et se prononce sur les rapports d'activité et financier du Conseil d'Administration. Elle délibère notamment sur la politique financière et les orientations de l'association. Elle élit les membres du Conseil d'Administration. Le Conseil d'Administration se réunit au minimum une fois par trimestre et vote toutes les décisions et orientations. Il est composé de trois collèges : collège CSF, collège salariés, collège financeurs. Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un bureau de trois à dix membres. Le bureau se réunit une fois par mois, et chaque fois que nécessaire.

Malgré ses valeurs fortes, le fonctionnement actuel de l'association est complexe ; le Conseil d'Administration est aujourd'hui majoritairement composé de militants de la Confédération Syndicale des Familles élus depuis dix à quinze ans. Ainsi, au-delà d'une moyenne d'âge très élevée (72 ans), l'absence de renouvellement des administrateurs n'est pas propice à une vision dynamique et prospective de la gestion et de l'évolution de l'A.A.F.P. C'est un paramètre essentiel que je dois prendre en compte dans l'adaptation de l'offre de service que je propose.

2.1.2 L'éthique institutionnelle

L'A.A.F.P. est attentive à répondre aux besoins des familles en terme *d'aide à domicile* et non en terme de *service à domicile*. En effet, dans une société qui génère de l'individualisme, il s'agit de résister à un comportement de plus en plus consommateur, qui se traduirait par des demandes d'intervention 24h/24 et 7jours/7.

Afin de ne pas perdre la notion de solidarité et d'entraide qui anime l'A.A.F.P., le service s'attache à responsabiliser l'utilisateur dans la nature de sa demande en étudiant avec lui ses besoins et en regardant si des réponses peuvent être apportées par l'environnement familial, le voisinage, en complément de l'intervention de nos professionnelles.

Par ailleurs, l'A.A.F.P. insiste sur l'importance d'une professionnalisation du service en s'appuyant sur quatre principes fondamentaux :

- ✓ Un cadre de travail définissant les limites temporelles, spatiales et déontologiques. Il constitue un repère essentiel.
- ✓ Un professionnel formé et diplômé : en effet, le travail à domicile, comme tout travail, réclame une technicité, qui se double de l'aspect relationnel tout aussi important.
- ✓ Un responsable identifiable par le professionnel et auquel il se réfère. Il a un rôle de régulateur et médiateur, et facilite un échange entre le service et son environnement. Il régule les relations entre l'utilisateur et le professionnel.
- ✓ Un projet d'intervention : celui-ci est le croisement d'une demande d'un usager ou d'un service social avec une hypothèse de travail (observation, analyse de situation, réflexion construite par l'intervenant, le responsable ou l'équipe).

A ce jour, les documents qui permettraient de rendre lisibles ces principes n'ont pas encore été validés par le Conseil d'Administration. Ils constitueraient les premiers outils de la loi 2002.2 pour notre dossier CROSMS.

2.2 Les textes qui régissent notre service

Le cadre légal de l'Aide à Domicile aux Familles est décliné localement pour notre service par le biais de conventions et agréments.

2.2.1 Conventions Conseil Général et Caisse d'Allocations Familiales

A) Le Conseil Général des Bouches du Rhône

Le schéma départemental de Protection de l'Enfance pour les années 2005-2009 affichent clairement les principales orientations du Conseil Général 13 ; celles-ci s'appuient sur un diagnostic d'ensemble de la situation des enfants et jeunes sur le département et du fonctionnement du dispositif, sur une enquête de connaissance des enfants faisant l'objet d'une mesure éducative administrative ou judiciaire et sur les travaux de groupes, auxquels j'ai pu participer, ayant largement associés l'ensemble des partenaires (prescripteurs, gestionnaires, associations, établissements et services) de l'action éducative. Les orientations transversales s'appuient sur deux grands principes d'action :

- Promouvoir et renforcer la dimension éducative de l'action
- Privilégier la dimension préventive.

Les interventions de nos TISF s'inscrivent clairement dans ces objectifs. Le schéma départemental sera donc un atout pour l'inscription de notre service dans les dispositifs de prévention précoce.

L'A.A.F.P a passé convention avec le service des Actions Préventives. Si les dispositifs de solidarité forment le socle de l'action du Conseil Général, dont le rôle est renforcé par l'Acte II de la Décentralisation en 2004, en direction des familles, ses principales missions sont concentrées dans les actions de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). *« La PMI permet de mieux parer aux difficultés des plus jeunes : consultations, planning familial, prévention des mauvais traitements, agrément des assistantes maternelles et des établissements de protection de l'enfance, modes de garde. Dans la continuité l'ASE constitue une priorité ; elle permet de veiller au soutien matériel et psychologique des mineurs en difficulté et de leur famille, tout en apportant un soutien éducatif approprié et en prévenant les mauvais traitements. »*⁴⁹

J'ai d'ailleurs pu le vérifier lors d'un stage effectué au sein du Conseil Général des Bouches du Rhône ; la Directrice de l'Enfance souhaite clairement redéployer les T.I.S.F sur de la prévention le plus en amont possible. Le constat actuel sur le département est que les T.I.S.F viennent souvent pallier aux carences des services de protection de l'enfance ; en effet, aujourd'hui, les mesures d'Aide Educative à Domicile (AED) sont rares en raison du manque de travailleurs sociaux. De même, les médiations entre parents et enfants placés qui doivent se dérouler sur des lieux de rencontre ne peuvent pas être assurées hors Marseille, faute de structures. Ce sont donc les T.I.S.F qui sont sollicitées sur ces situations qui ne relèvent déjà plus de la prévention primaire. La réflexion en cours porte sur la nécessité pour nos professionnelles d'intervenir de façon préventive et non curative. Dans la pratique, nos T.I.S.F assurent une part très importante de la prévention à domicile. Le Conseil Général des Bouches des Rhône a conventionné quatre services de T.I.S.F pour l'ensemble du département.

La convention rappelle les missions du Département dans le domaine de l'Aide Sociale à l'Enfance et fixe *« les modalités suivant lesquelles, l'association gestionnaire d'un service de travailleuses familiales participe à la mission d'aide sociale à l'enfance »*. Ainsi, ce texte précise les conditions d'intervention, le prescripteur des prises en charge et leur durée, le niveau de qualification requis et enfin les modalités de financement.

B) La Caisse d'Allocations Familiales des Bouches du Rhône

« La CAF 13 a un double champ d'action décentralisé : elle soutient ses allocataires dans leur vie quotidienne par le versement de plus de 20 prestations légales liées à la famille, au logement, à la précarité et au handicap. Elle mène une politique d'action sociale déclinée autour de l'épanouissement du jeune enfant, de l'appui à la

⁴⁹ extraits de la présentation des missions du Conseil Général 13 sur son site Internet <http://www.cg13.fr>

*parentalité, de l'animation de la vie sociale et de l'habitat. Elle exerce sa mission de service public dans le cadre d'une Convention d'Objectifs et de Gestion négociée avec l'Etat et ce dans cinq domaines : la petite enfance, la famille, le logement et l'habitat, le handicap, la précarité. »*⁵⁰

L' Aide à Domicile financée par la CAF, appelée avant la réforme 2007 l'Aide au Foyer, s'inscrit dans le cadre des prestations d'Action Sociale de la Caisse. La finalité générale de cette Action Sociale étant la prévention des exclusions, deux axes forts sont déclinés :

- ✓ Aider les parents à assumer leurs responsabilités familiales
- ✓ Contribuer à l'amélioration de la cohésion sociale et à l'implication des familles dans la vie locale.

La convention relative à l'aide à la famille dans son foyer rappelle que la Caisse d'Allocations Familiales des Bouches du Rhône a « *pour mission d'apporter aux familles connaissant des difficultés d'ordre familial, social ou médical, une aide temporaire dans leur foyer. L'objet de cette convention est d'arrêter les modalités suivant lesquelles les associations participent à la mission de la CAF en mettant à sa disposition des travailleuses familiales et des aides ménagères familiales.* »⁵¹ La nouvelle possibilité d'intervenir lors d'une première naissance situe l'aide à domicile des familles financée par la CAF parmi les dispositifs de prévention précoce. La Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) a d'ailleurs validé un projet porté par notre fédération nationale, la FNAAFP, relatif à la périnatalité. Ainsi, deux services T.I.S.F de notre réseau ont été sélectionnés pour être pilote sur un accompagnement soutenu dès la sortie de la maternité, financé en totalité par la CAF. Les orientations se font soit par la maternité, les services de pédopsychiatrie ou les services sociaux. J'ai prévu de me rapprocher de l'A.A.F.P du Vaucluse, afin de mesurer les enjeux d'un partenariat construit, mais aussi l'efficacité des interventions précoces des T.I.S.F.

Cette même convention fixe les modalités d'intervention (critère et durée de la prise en charge), les qualifications requises ainsi que les modalités de financement.

2.2.2 Conventions collectives et agréments

A) L'accord de branche du 29 mars 2002

Actuellement, deux conventions collectives sont encore appliquées au sein de l'A.A..F.P : pour les Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale, *la convention collective nationale concernant les personnels des organismes de travailleuses familiales*

⁵⁰ extraits de la plaquette CAF 13 *Repères 2006*

⁵¹ extraits de la Convention CAF de 1998

conclue le 2 mars 1970 et pour les Auxiliaires de Vie Sociale, la convention collective des organismes d'aide ou de maintien à domicile du 11 mai 1983.

L'impossibilité à faire cohabiter deux textes conventionnels, au sein d'une même structure ayant les deux catégories de professionnels, a amené la branche de l'Aide à Domicile à élaborer un nouveau texte *La Convention Collective Unique de l'Aide à Domicile*. Depuis 2002, ce document est toujours en négociation, tant il est complexe de fusionner des avantages acquis et des exigences de qualification, tout en intégrant l'ensemble des professions de la Branche.

Dans l'attente de cette convention, le secteur applique *l'accord de branche de l'Aide à Domicile relatif aux emplois et aux rémunérations*. Ce texte agréé par le Ministère en 2003 a généré une revalorisation des salaires étalée sur quatre années ; cela permet de rendre plus attractive la profession de T.I.S.F et de fidéliser les équipes.

B) Les agréments délivrés par la Préfecture

L'A.A.F.P a obtenu l'Agrément Simple le 21 février 1997 et l'Agrément Qualité le 10 mars 2004. Ces agréments, déposés auprès des Directions Départementale et Régionale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, nous permettent de fournir des prestations de services auprès d'enfants de moins de trois ans, auprès de personnes âgées de plus de soixante-dix ans, auprès de personnes handicapées ou dépendantes.

L'agrément Qualité offre à l'utilisateur des garanties essentielles concernant l'offre de service et lui permet de bénéficier d'allègements fiscaux. Un pourcentage très faible du public suivi par l'A.A.F.P en bénéficie puisque la majorité est non imposable.

C) L'autorisation

Dans le cadre de la loi 2002.2, la demande d'autorisation aurait dû être déposée au CROSMS courant 2008. L'attente du décret confirmant l'entrée de l'Aide à Domicile aux familles dans la loi 2002.2 et les réticences du Conseil d'Administration à rentrer dans un formalisme cadré, font qu'aujourd'hui, le projet de service n'est toujours pas concrétisé par un document écrit. En lien avec la Fédération, je sensibilise actuellement le Conseil d'Administration sur l'urgence à rédiger les différents documents nécessaires à notre autorisation : projet de service, livret d'accueil, règlement de fonctionnement. Il s'agit d'un enjeu fort pour la réussite du projet d'adaptation de l'offre de service.

2.2.3 Les références juridiques de la profession T.I.S.F.

Les métiers de l'Aide à Domicile sont inscrits aujourd'hui dans la filière de la formation des métiers de l'intervention sociale à domicile, construite par la Direction Générale de l'Action Sociale. Ils sont également positionnés dans la filière professionnelle de l'Accord de Branche Aide à Domicile du 29 mars 2002 relatif aux emplois et aux rémunérations.

Dans le cadre de l'adaptation aux nouveaux besoins, il est intéressant de suivre l'évolution des textes depuis la Travailleuse Familiale jusqu'au Technicien d'Intervention Sociale et Familiale.

A) Depuis le décret du 9 mai 1949

Ce décret du Ministère de la Santé Publique et de la Population institutionnalise le métier de travailleuse familiale ; il inscrit comme obligatoire la formation professionnelle, qui concerne essentiellement les techniques ménagères et les valeurs familiales. La durée de formation est de huit mois dont quatre de stage ; elle est sanctionnée par le Certificat de Travailleuse Familiale (TF) et ne peut être proposée qu'à des salariés de services d'aide à domicile déjà en activité.

Petit à petit, la champ d'action de la Travailleuse Familiale s'élargit et elle est progressivement reconnu comme travailleur social. Une circulaire du 29 mai 1969 précise que « *l'action de la travailleuse familiale est d'ordre social et, selon le cas, éducatif et psychologique* »⁵². Cette même circulaire précise que la Travailleuse Familiale permet la prise en charge des « *problèmes de l'adaptation au logement et au cadre de vie* », ainsi qu'aux « *familles inadaptées* » et promeut leur intégration dans une équipe de travailleurs sociaux.

Le décret du 15 février 1974 relatif à la formation et à l'emploi des Travailleuses Familiales précise : « *la travailleuse familiale est un travailleur social qui assure à domicile des activités ménagères soit au foyer de mères de famille qu'elle aide ou qu'elle supplée, soit auprès de personnes âgées, infirmes ou invalides* »⁵³.

La loi n°75-1254 du 27 décembre 1975 introduit l'intervention des Travailleuses Familiales dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance. Par la suite, différentes circulaires et décrets ont précisé le rôle éducatif de la Travailleuse Familiale, dans les interventions de protection maternelle et infantile (mai 1975), leur rôle pour l'adaptation des familles étrangères primo-arrivantes ou dans le cas de regroupements familiaux, ainsi que pour le retour de maternité pour faciliter l'accueil des enfants avec handicap.

⁵² extrait de la circulaire du 29 mai 1969

⁵³ extrait du décret du 15 février 1974

B) Le décret n° 99 –779 du 9 Septembre 1999

Une réforme en profondeur du métier aboutit la création d'un nouveau diplôme consacré par ce décret ; il institue un diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (T.I.S.F.) qui « *atteste des compétences acquises pour effectuer une intervention sociale préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants. Les titulaires du diplôme de T.I.S.F. interviennent auprès de familles, de personnes en difficulté sociale, de personnes âgées ou de personnes handicapées, soit à domicile, soit en établissement ou service s'inscrivant dans les politiques d'action sociale* »⁵⁴. Dans la pratique le public suivi par les T.I.S.F est très majoritairement constitué de familles et essentiellement à domicile.

La nouvelle formation s'organise sur une période de 18 à 24 mois ; elle est composée de 950 heures de formation et de 8 mois de formation pratique réalisée au cours de stages. Elle s'effectue le plus souvent en voie directe, et rarement en cours d'emploi, notamment dans le cadre de contrat de professionnalisation. Le Diplôme d'Etat T.I.S.F. (DETISF) se situe au niveau IV dans les classifications de l'Education Nationale.

C) La circulaire DGAS du 28 août 2006

Les missions du T.I.S.F n'ayant cessé d'évoluer, la formation vient de connaître une nouvelle refonte permettant son accès, pour tout ou partie par la validation des acquis d'expérience et renforçant l'importance des stages pratiques dans l'obtention du diplôme.

Ma participation active au processus de formation de par l'accueil des stagiaires et en tant que membre des jurys a permis à l'A.A.F.P de conventionner avec l'école de formation pour devenir site qualifiant. Ceci devrait permettre à notre service de se positionner comme véritable acteur de développement des compétences des professionnelles et ainsi d'apporter notre expertise de l'évolution des besoins des familles.

La trame de fonds commune à l'intervention de la Travailleuse Familiale des années 1950 et à celle de la Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale des années 2000 est bien l'action dans l'intimité de la famille pour lui permettre de traverser une crise passagère et d'évoluer positivement.

⁵⁴ extrait du décret n° 99 –779 du 9 septembre 1999

2.3 L'accompagnement à la parentalité proposé par l'A.A.F.P

Le service est sollicité soit directement par les familles, soit par les travailleurs sociaux principalement de la CAF et du Conseil Général. L'objectif de la demande est très majoritairement d'apporter un soutien éducatif à la famille et de plus en plus souvent au moment d'une naissance. L'arrivée d'un bébé qui traditionnellement se veut être un moment de bonheur et de légèreté, peut s'accompagner de doutes et de problèmes d'organisation allant jusqu'à la souffrance Tout jeune parent peut être confronté au désarroi mais la fragilité de l'environnement familial, la précarité sociale et professionnelle, les conditions de logement vétuste sont autant de facteurs de risques démultipliant. C'est une réalité que notre service vérifie quotidiennement avec la population accompagnée.

2.3.1 L'offre de service

A) L'organisation du service T.I.S.F

La Technicienne d'Intervention Sociale et Familiale permet globalement d'apporter un relais dans l'organisation familiale autour de quatre dimensions :

- l'organisation quotidienne qui comprend les tâches ménagères, l'entretien du linge, la préparation des repas (depuis les courses jusqu'au respect de l'équilibre alimentaire). L'action de la professionnelle se situe dans la réalisation des actes de la vie quotidienne mais aussi dans la transmission de ses savoirs. C'est le juste équilibre entre le « faire » et « faire avec » qui fera la pertinence de l'intervention. L'apprentissage de l'hygiène, de la prévention de la santé et de la sécurité sont transversaux à ces différents accompagnements.
- le soutien éducatif permet à la famille d'acquérir les notions de base autour de « l'éducation des enfants » et propose aussi la prise en charge directe des enfants, par des jeux ou sorties, pour permettre notamment à la mère de se reposer.
- le soutien relationnel qui consiste à proposer aux membres de la famille une écoute bienveillante, permettant souvent de répondre à l'isolement.
- l'aide à l'insertion sociale qui se réalise par le biais de démarches administratives pour l'accès aux droits et à différents accompagnements vers l'extérieur permettant la création de lien social (inscription sur lieu d'accueil parent-enfant, participation aux activités du centre social...).

La T.I.S.F agit ainsi sur l'environnement existant en contribuant à maintenir l'équilibre familial en concertation avec une équipe sociale pluridisciplinaire lorsque la

situation le nécessite. A partir des potentialités de chaque personne du groupe familial, l'intervenant aidera à la mise en œuvre des objectifs précisés dans le projet d'intervention.

Suite à la demande d'intervention à l'initiative de la famille ou d'un travailleur social, le projet d'intervention est construit avec la responsable de secteur à partir de la visite à domicile, préalable à toute intervention. Ce temps privilégié permet à notre responsable de secteur de présenter notre service mais surtout d'accompagner la famille dans la formulation de ses besoins.

Notre service est soucieux d'obtenir l'adhésion des usagers dans tout projet d'intervention et accorde un temps conséquent à la présentation des différentes professions, aux possibilités d'intervention qu'elles offrent. L'usager et la responsable de secteur réfléchissent ensemble à la concordance de la demande et de l'offre ainsi qu'aux perspectives d'évolution qu'elle permet. Ce travail de réflexion se poursuit avec l'intervenante qui adapte en conséquence.

L'évaluation des interventions est régulière. Les professionnelles ont la possibilité de présenter la situation à l'ensemble du groupe lorsqu'elles se sentent en difficulté, et selon la nature de la difficulté, elles peuvent demander un soutien auprès d'un psychologue extérieur à l'association, un soutien auprès de la responsable de secteur et/ou de la directrice ou rencontrer les partenaires. Dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance, elles participent à des réunions d'évaluations ou de synthèse. Elles remettent un bilan complet de leurs interventions avant ces rencontres et réajustent leur projet d'intervention à l'issue des réunions. L'usager, l'intervenant, ou un partenaire social, peut également solliciter une rencontre afin de faire le point sur l'intervention. Par ailleurs, en tant que directrice, en lien avec la coordinatrice, je sollicite régulièrement des écrits des professionnels afin d'évaluer les situations.

B) Les limites du dispositif actuel

o Des interventions souvent trop tardives

Nous constatons souvent lors de nos interventions dans les situations familiales très fragilisées que les relations parents-enfants sont déjà très dégradées. Ce contexte à des répercussions très fortes sur le développement des jeunes enfants et la scolarité des plus grands. L'action des T.I.S.F est alors plus complexe et l'accompagnement s'étale dans le temps. Aussi pour une meilleure efficacité, il serait nécessaire d'intervenir le plus en amont possible des difficultés pour pouvoir se situer dans la prévention.

Pour permettre une meilleure connaissance de notre offre de service, il m'appartient de définir une stratégie de communication et de développer les partenariats les plus pertinents.

- Un positionnement difficile des professionnelles

Les T.I.S.F qui interviennent dans les situations les plus complexes sont souvent confrontées au décalage entre le projet d'intervention et la réelle demande de la famille. En effet, que ce soit notre coordinatrice ou un travailleur social extérieur qui ait fait la visite à domicile, les besoins en terme éducatif sont rapidement identifiés et souvent validés par la famille. Cependant, dans l'intimité de la famille et au cœur parfois du chaos, la professionnelle rencontre une mère de famille exténuée, dépassée par l'entretien du logement et du linge, qui l'assure que l'urgence est au niveau du ménage... quoi de plus naturel d'accéder à cette demande, puisque effectivement pour le bien-être des enfants et la disponibilité de la mère, un cadre de vie sain et réinvesti est nécessaire. Cependant, la réalisation des tâches ménagères ne doit pas empêcher l'accompagnement éducatif. Ainsi, parce qu'elle ne sait pas s'extraire du rôle d'aide ménagère dans lequel la mère de famille souhaite la maintenir ou, parce que « faire à la place » sera plus rapide que « faire avec » ou « faire faire » et permettra après de s'occuper des enfants, la T.I.S.F. a parfois des difficultés à investir sa mission éducative.

Dans le cadre de la périnatalité où l'accompagnement doit remplacer l'aide directe et où l'observation doit être privilégiée à l'action, les T.I.S.F du service devront ré interroger leurs pratiques et leur positionnement professionnel.

Leur participation à l'élaboration du projet d'intervention périnatale et les axes de formation que je mettrai en œuvre devront y contribuer.

- Un manque de reconnaissance des partenaires

Intervenir huit à vingt heures par semaine pendant trois à douze mois dans l'intimité du domicile confère à la T.I.S.F une place particulière dans les dispositifs d'action sociale. En effet, la fréquence et la durée des interventions permet d'établir une relation souvent de confiance avec la famille, relation parfois décriée par les travailleurs sociaux de la protection de l'enfance ou le corps médical. Ce qui n'est parfois qu'une connaissance plus fine de la réalité familiale est souvent perçu comme un excès de bienveillance voire de complaisance à l'égard des dysfonctionnements familiaux. Pour que leur positionnement professionnel ne soit plus suspecté, les T.I.S.F devront être en capacité d'élaborer des évaluations écrites objectives et argumentées. C'est dans cet objectif, que je développerai l'accompagnement sur les écrits professionnels.

De plus, afin de poser un cadre clair de partenariat, il m'appartient d'agir sur une meilleure lisibilité de notre offre de service ; la formalisation du projet et sa communication externe y concourront.

2.3.2 La population et l'évolution des besoins

A) Présentation chiffrée

Initialement et historiquement, l'A.A.F.P n'était située que sur les 13^{ème} et 14^{ème} arrondissements de Marseille. Bien qu'aujourd'hui, notre territoire d'intervention se soit considérablement développé, les quartiers situés au nord de Marseille constituent plus de 60% de nos secteurs d'interventions. Ces arrondissements ont accueilli 60% des populations migrantes arrivées massivement dans les années 60, accentuant ainsi la fracture sociale et marginalisant en périphérie la population la plus démunie.

Ce phénomène a engendré la construction de grands ensembles, aujourd'hui inadaptés et dégradés. Les programmes et les périodes de réhabilitation du logement social se sont succédés, mais la mise en œuvre d'une politique globale dans les domaines de la construction, de l'environnement, de l'éducation, de l'emploi et de la culture est complexe, et globalement, le contexte d'habitation des «quartiers Nord» de Marseille reste difficile. Les 13^{ème}, 14^{ème}, 15^{ème} et 16^{ème} arrondissements regroupent 28% de la population marseillaise. C'est une population jeune (28% ont moins de 20 ans contre une moyenne de 21% sur la commune), très touchée par le chômage (le taux de chômage est de 18,22% quand la moyenne marseillaise est de 14,8%), et qui connaît la pénurie de structures d'accueil de la petite enfance et d'équipements culturels.⁵⁵

Notre service couvre également fortement le centre ville de Marseille puisque nos interventions sur les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} arrondissements représentent 23% de notre activité. Les habitants de ces arrondissements représentent 13% de la population marseillaise et connaissent les mêmes problématiques économiques et sociales que les habitants des quartiers Nord avec un taux de chômage «record» de 23%.⁵⁶ Les conditions de logement sont toutefois plus complexes puisque l'habitat y est majoritairement privé et très souvent insalubre.

Sur le département, le potentiel de population suivie par les services d'aide à domicile est très élevé puisque les Bouches du Rhône enregistrent 379 109 allocataires de la Caisse d'Allocations Familiales, dont 207 023 familles avec enfants et 175 000 avec des prestations familiales, seuls allocataires ouvrant droit à l'action sociale de la CAF. De plus, le département comptabilise 25 877 naissances par an⁵⁷. Sur l'ensemble du département, en 2006, 1 384 familles ont bénéficié de l'Aide à Domicile sur un financement CAF et 1 866 sur un financement CNAM⁵⁸ ; 748 familles ont été soutenues dans le cadre des interventions financées par le Conseil Général.

⁵⁵ extraits du dossier de l'Express du 25 avril 2005 « Où vit-on le mieux à Marseille ? »

⁵⁶ ibid

⁵⁷ Source INSEE 2006 <http://www.insee.fr>

⁵⁸ Extraits des statistiques 2006 CNAF <http://www.cnaf.fr>

L'A.A.F.P. pour sa part est intervenu, en 2007, auprès de 528 familles pour 44 530 heures d'interventions. A l'intérieur des financements CAF, 223 familles ont été soutenues par des T.I.S.F pour des motifs liés à leur organisation familiale et plus particulièrement dans des situations de naissance, et les interventions pour le Conseil Général ont concerné 98 familles pour du soutien éducatif.

B) Les problématiques rencontrées

Les caractéristiques décrites ci-dessus pour les habitants des secteurs couverts par notre service se retrouvent exacerbées chez les bénéficiaires de nos prestations. Ainsi, 70% de la population suivie par l'A.A.F.P est inactive et seulement 6% en situation de chômage indemnisé ; la majorité est donc bénéficiaire des minima sociaux (RMI ou API). Les compositions familiales sont variées mais 47% des familles ont plus de 2 enfants et 56% d'entre elles sont monoparentales. Les familles soutenues sont majoritairement jeunes et susceptibles d'avoir à nouveau des enfants : 69% de nos bénéficiaires ont moins de 40 ans et 2% des parents soutenus ont moins de 20 ans.

Concernant la population suivie, nous pouvons faire les constats suivants :

- Un contexte socio-économique familial dégradé : mères seules, familles séparées, familles recomposées, très jeunes mères et/ou pères...
- Une pauvreté qui touche gravement les familles (chômage important notamment des femmes seules)
- Des violences conjugales et familiales
- Des conduites addictives et usages vulgarisés de stupéfiants
- Des conditions de santé insatisfaisantes et déstabilisantes – hospitalisation réduite et retour difficile au foyer - augmentation du phénomène de déprime et des troubles du comportement, avec des soins psychiatriques en hôpital de jour, pas toujours ou insuffisamment suivis
- Non appropriation du logement – habitat dégradé, insalubrité, manque de place, absence d'espaces de jeux sur l'extérieur, abords dangereux
- Augmentation du nombre d'enfants dits « instables, agités » et limitation ou diminution de leur temps de scolarisation
- Faible accompagnement des familles étrangères (femmes étrangères dans le cadre du regroupement familial) ne pratiquant pas la langue et confrontées à l'isolement

Les familles que nous suivons sont donc dans des situations de plus en plus fragilisées, et donc de plus en plus vulnérables face à l'arrivée d'un enfant. Cette vulnérabilité rend nécessaire un accompagnement professionnalisé qui dans d'autres temps et d'autres cultures était assuré par la « famille élargie ».

C) L'évolution de la population et des besoins

Avec la description des problématiques rencontrées, il semble important de repérer clairement l'évolution des besoins des familles accompagnées :

- A l'origine de la création du service, les familles visées étaient les familles ouvrières. Aujourd'hui, la majorité des familles suivies sont inactives et sont bénéficiaires des minimaux sociaux (RMI ou API) : il ne s'agit plus de familles populaires mais de familles précaires.
- L'un des objectifs initiaux poursuivis étaient de permettre aux mères de familles d'avoir une activité citoyenne ou militante en parallèle de l'activité professionnelle de son mari. Nous remarquons que nous intervenons maintenant très souvent auprès de familles éclatées et sans activité professionnelle.
- L'appellation classique des travailleuses familiales « Aide aux mères » ne pourrait aucunement convenir maintenant puisque nous intervenons également auprès de père isolé, veuf ou en situation d'abandon par leur compagne.
- Les problématiques rencontrées par les familles populaires étaient en lien avec le logement, l'insertion dans leur environnement. Aujourd'hui, viennent se rajouter très souvent des situations de surendettement.
- Les situations de maladie étaient principalement dues à des grossesses à risques ou des accouchements difficiles. Maintenant, nous sommes confrontés à des longues maladies comme le cancer, des maladies génétiques dégénératives et de plus en plus fréquemment des pathologies psychiques voire psychiatriques.
- Les sorties précoces de la maternité, principalement de l'hôpital Nord de Marseille, _ puisqu'il couvre notre territoire d'intervention _ surchargé et privilégiant le suivi des grossesses à risque de par son statut de maternité de Niveau 3⁵⁹ impactent fortement les nouvelles demandes.

Toutes ces mutations justifient l'entrée de notre service dans le champ médico-social et plus encore le rôle que nous avons à jouer dans l'articulation du sanitaire et du social. La loi 2002-2 s'impose à nous de par les changements du public suivi ; globalement, nous répondons aux axes développés par les autorités compétentes de l'action sociale et sommes amenés à intervenir dans des situations tout autant diverses que complexes. Il est de ma mission d'accompagner la réflexion du Conseil d'Administration vers cette évidence.

⁵⁹ Les maternités sont organisées, selon les décrets n°98-899 du 9 octobre 1998, en fonction des soins néonatalogiques apportés par les différents professionnels Les maternités de niveau 3 prennent en charge les grossesses à haut risque et celles nécessitant une réanimation ou chirurgie néonatales.

2.3.3 Les professionnels

Les situations de plus en plus fragilisées doivent nous amener également à réfléchir sur l'organisation technique de la réponse aux besoins.

A) L'équipe de T.I.S.F

Notre service est composé de Techniciennes d'Intervention Sociale et Familiale, d'Auxiliaire de Vie Sociale, d'Employé ou Agent à Domicile. Je choisis ici de ne présenter que l'activité des T.I.S.F, d'une part parce qu'elles sont volontairement très majoritaires au sein du service, et d'autre part, parce qu'elles sont les seules à intervenir directement dans le champ de l'accompagnement parental. En effet, bien que l'ensemble de nos interventions rentrent dans un dispositif de prévention _ puisque soulager une mère sur les tâches ménagères lui permet d'être plus disponible pour s'occuper de ses enfants _ seul le DETISF assure la formation nécessaire pour accompagner l'aspect éducatif.

L'équipe des T.I.S.F est aujourd'hui composée de 24 salariés pour 19,5 Equivalent Temps Plein (E.T.P.). Depuis mon arrivée en mars 2001, j'ai donc réalisé 16 embauches de T.I.S.F, qui ont toutes fait le choix de venir dans un service à « taille humaine » lorsque les autres services ont le double ou le triple de salariés. Il semble également que ce qui a motivé leur choix soit l'orientation donnée au service par les partenariats que j'ai progressivement mis en place, que ce soit avec les services AEMO, les PMI et le réseau de périnatalité.

L'A.A.F.P. est donc composée aujourd'hui de salariés arrivés depuis moins de huit ans. Cela génère certes du dynamisme mais aussi de l'inquiétude chez les huit salariées les plus anciennes ; en effet, elles sont «tirillées» par leur envie de participer au développement du service et leur crainte de devoir remettre en question leurs pratiques professionnelles et leurs habitudes de fonctionnement. En termes de management, il m'appartient d'aider les professionnels à dépasser ces appréhensions.

B) L'équipe administrative

Les services T.I.S.F, A.V.S, Emplois Familiaux sont gérés avec la même équipe administrative composée de trois personnes : une coordinatrice, une secrétaire, une directrice.

La secrétaire assure l'accueil téléphonique des usagers et enregistre les premières demandes. Elle effectue le suivi administratif et financier des dossiers, la correspondance avec les partenaires et les usagers. Elle enregistre la comptabilité, gère les commandes et la préparation de la paie.

La responsable de secteur effectue les diagnostics initiaux des situations avant la mise en place des interventions des différents professionnels. Elle organise la répartition du travail des intervenants par la gestion du planning de l'équipe. Elle est la référente directe des familles pour évaluer toute nouvelle demande, adaptation ou poursuite des interventions. Elle est en lien régulier avec les professionnelles dans l'exécution de leurs missions, l'ensemble des travailleurs sociaux partenaires afin d'élaborer conjointement les projets d'intervention.

En tant que directrice, je coordonne l'ensemble des activités et représente le service auprès des différents partenaires institutionnels et associatifs. J'effectue le suivi de la gestion comptable et budgétaire, et établis la paie et la facturation.

Plus précisément, en ce qui concerne mes missions auprès des usagers, je supervise les diagnostics des situations avant la mise en place des interventions des différents professionnels. J'assure le suivi des dossiers et du projet d'intervention. Auprès de l'équipe d'intervenantes, j'assure, en lien avec la responsable de secteur, l'animation des réunions d'équipe et le soutien dans l'analyse des situations. J'accompagne ou représente les professionnelles auprès de différentes instances (services AEMO, ASE...) et coordonne la relation avec les travailleurs sociaux de terrain. Je participe à l'évaluation des projets d'interventions en lien avec la coordinatrice.

2.3.4 Les financements

A) Les financements au niveau départemental

Les ressources de l'association se composent exclusivement des financements de la CAF et du Conseil Général, des quelques mutuelles pour lesquelles nous intervenons et des participations familiales fixées sur les accords notifiés.

Les conventions qui nous lient avec la CAF et le Conseil général précisent que l'enveloppe d'heures accordée est revue chaque année, en fonction de celle réalisée l'année précédente. Nos financements sont donc tributaires de l'activité réellement exercée mais aussi des heures réalisées par l'ensemble des services d'aide à domicile sur le département.

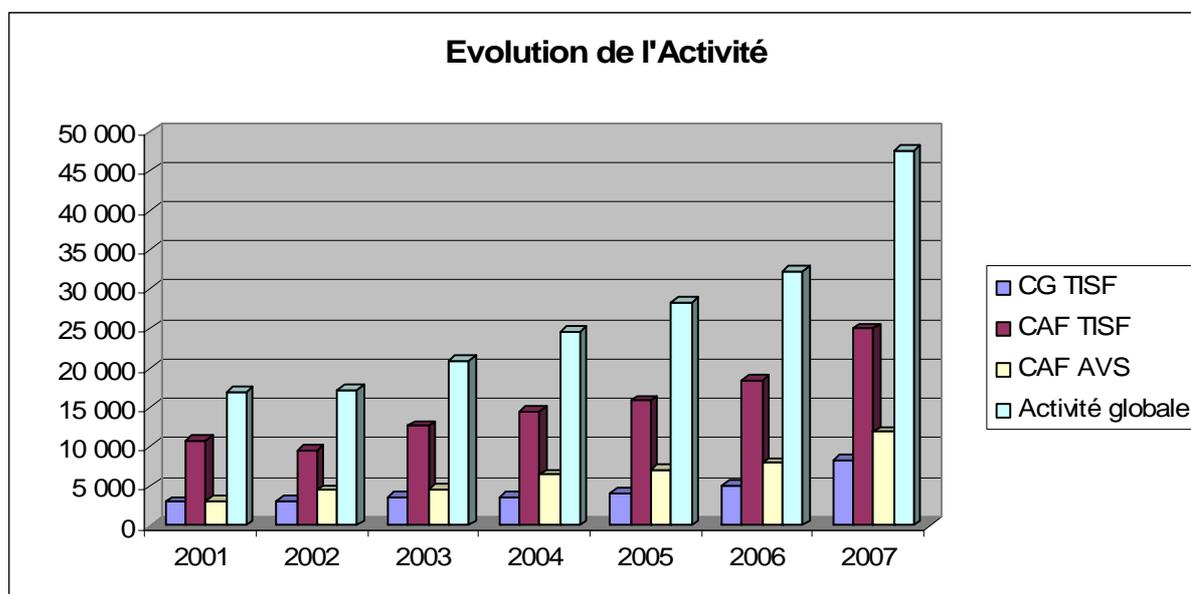
Sur les Bouches du Rhône, six associations sont conventionnées avec la Caisse d'Allocations Familiales et cinq avec le Conseil Général. La liquidation judiciaire d'un service de plus de soixante-dix salariés entraîne aujourd'hui une redistribution des enveloppes sur les quatre des associations encore existantes. L'A.A.F.P s'est positionné pour reprendre le sous-district de l'Etang de Berre qui comprend cinq communes : Martigues, Port de Bouc, Fos sur Mer, Saint-Mitre les Remparts, Istres. Cette nouvelle configuration va confirmer l'évolution de l'activité de l'A.A.F.P. qui n'a cessé d'augmenter depuis 2001.

Répartition des enveloppes Aide à Domicile aux Familles sur les Bouches du Rhône en 2006⁶⁰

	Département 13	AAFP	%ge
CAF TISF	142 836	18 386	12,87
CAF AVS	95 593	7 960	8,32
Conseil Général TISF	79 004	5 176	6,55
TOTAL	317 433	31 522	9,93

	2003	2004	2005	2006	2007
CAF TISF	3 600	3 600	4 100	5 176	8 320
CAF AVS	12 658	14 527	15 858	18 386	25 000
Conseil Général TISF	4 632	6 495	7 115	7 960	11 922
TOTAL	20 890	24 622	28 376	34 249	47 642

Le chiffre indiqué en total prend en compte l'activité du service emplois familiaux qui s'ajoute à l'activité financée par la CAF et le Conseil Général



⁶⁰ Extraits des statistiques 2006 CNAF <http://www.cnaf.fr>

Au-delà, de la progression constante de l'activité, il semble pertinent de relever qu'en sept ans, le service aura connu une progression de plus de 180%, et devrait ainsi passer, entre 2006 et 2007, de 9,93% à 14,25% de l'activité financée sur le département. Bien que l'augmentation de l'activité soit le reflet de la confiance des organismes financeurs et de la satisfaction des usagers, le Conseil d'Administration s'inquiète de perdre les valeurs qui animent l'association en passant à un service plus important. C'est un élément qu'il me faudra prendre en compte dans l'adaptation du service proposée.

L'Action Sanitaire et Sociale représente 926,1 millions d'€uros soit 49% du budget du Conseil Général des Bouches du Rhône. Les Interventions des T.I.S.F financées par le Conseil Général représentent environ 80 000 heures (chiffre stable depuis plusieurs années) pour un montant global de 2,545 millions d'€uros⁶¹.

La Caisse d'Allocations Familiales verse 122 millions d'€uros au titre de l'Action Sociale dont 5,680 millions d'€uros pour le financement d'environ 143 000 heures de T.I.S.F et 96 000 heures d'A.V.S. Ces volumes d'activité sont en légère diminution sur le département depuis les cinq dernières années.⁶²

B) Les financements de l'A.A.F.P

La CAF et le Conseil Général fixent chaque année un prix de revient, calculé en fonction du budget prévisionnel déposé fin octobre. En 2007, le prix de revient accordé par la CAF est de 29,87 € pour les Techniciens d'Intervention Sociale et Familiale et 18,87 € pour les Auxiliaires de Vie Sociale . Le Conseil Général a accepté un prix de revient de 28,86 €; la différence provient essentiellement du fait que la CAF déduit le montant des participations familiales à percevoir ; pour les interventions du Conseil Général, les participations familiales sont quasi-nulles puisque dans la plupart des cas les interventions sont imposées par les travailleurs sociaux. Une fois le prix de revient défini, le montant de la dotation est alors fixé en fonction du nombre d'heures accordées et réalisées.

La CAF nous a ainsi versé en 2007, 665 011 € pour les interventions TISF et 223 020 € pour les AVS. Le Conseil Général nous a réglé 233 824 €

La CAF effectue ses paiements sous forme de quatre acomptes versés en février, avril, juillet et octobre ; le solde est versé en mars de l'année suivante, après vérification des heures réellement effectuées.

Le Conseil Général nous règle sur factures mensuelles en fonction des heures réalisées mais avec un délai de paiement variant de quatre à six mois.

⁶¹ source <http://www//cg13.fr>

⁶² source <http://www//bouchesdurhone.caf.fr>

Ces décalages de paiements fragilisent la trésorerie du service, principalement en début d'année ; il est primordial que nous arrivions au plus vite à constituer une réserve de trésorerie correspondant à notre Besoin en Fonds de Roulement, soit actuellement trois mois de fonctionnement. Ceci ne saurait tarder compte-tenu de l'évolution des résultats excédentaires de l'A.A.F.P. ces dernières années.

Le chiffre d'affaires de l'A.A.F.P. est, pour l'année 2007, de 1 205 352 €, soit une progression de 30 %. La masse salariale représente 85% de nos charges ; les produits sont constitués à 90% des financements des organismes de tutelle et pour le reste des participations familiales et autres remboursements. Globalement la situation financière est saine.

Conclusion 2^{ème} partie

Nos conventionnements, les différentes actions menées par nos T.I.S.F placent de fait notre offre de service au cœur de l'accompagnement à la parentalité et de la prévention précoce. C'est dans ce contexte que l'A.A.F.P se positionne dans le champ de la périnatalité.

La population suivie par notre service est de plus en plus fragilisée ; les problématiques économiques et sociales s'ajoutent aux situations familiales complexes. L'isolement, la précarité, les problèmes de santé, d'addictions et/ou de troubles psychiatriques placent ces familles en situation de vulnérabilité accrue face à l'arrivée d'un enfant. La prégnance de toutes ces difficultés et donc la prise en compte de l'évolution des besoins des familles mettent en exergue les limites de l'organisation actuelle de l'A.A.F.P.

Des interventions souvent tardives, un positionnement difficile des professionnelles et un manque de reconnaissance des partenaires sont à mettre en lien avec le manque de lisibilité de notre offre de service, lui même engendré par la non-formalisation du projet de l'A.A.F.P.

Ce constat doit nous engager ensemble, Conseil d'Administration garant de valeurs associatives fortes, professionnelles et familles faisant vivre l'offre de service et directrice orchestrant les partitions de ces différents acteurs, dans une vision dynamique et prospective du projet de l'A.A.F.P.

Ainsi, le projet, tel que je le conçois et le mets en œuvre, doit permettre l'adaptation de la prise en charge au sujet, ici à la famille, dans sa globalité et sa complexité.

3 Créer les conditions d'adaptation de l'offre de service

Ayant repéré les fragilités et les tensions au sein de l'organisation actuelle, il s'agit maintenant pour moi de les dépasser pour accéder à des processus de transformation des pratiques, mission qu'il m'appartient d'accomplir. Pour ce faire, il me faut mettre en exergue des leviers nécessaires, des axes d'effort pour parvenir à une nouvelle organisation. Le changement, au cœur du projet, a pour visée une réponse précise à l'évolution des besoins des familles, à un moment clé de leur vie : l'arrivée d'un enfant.

Ainsi, s'appuyant nécessairement sur les politiques publiques, l'axe stratégique principal est la conduite du projet traversé par l'accompagnement au changement. La promotion des ressources humaines, quant à elle, est un enjeu fort de mon plan d'actions, et, accompagnée d'une stratégie de communication, elle permet de placer l'A.A.F.P. au sein du dispositif de Périnatalité avec ses différents partenaires dans une logique de territoire.

Enfin l'évaluation, comme processus de recherche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge est facteur clé de réussite pour une adaptation constante de notre offre de service.

3.1 Concevoir un nouveau projet institutionnel

Une précision s'impose quant à l'utilisation du terme « nouveau projet institutionnel » : bien qu'il ne soit pas écrit et décliné au travers de différents documents, un projet institutionnel informel a permis à l'A.A.F.P de fonctionner pendant plus de 30 ans. Il ne s'agit donc pas de créer un projet institutionnel mais de le revisiter ; ainsi, « nouveau projet institutionnel » signifie pour moi « projet actualisé et formalisé ».

Concevoir et mettre en œuvre le projet de service est de ma responsabilité, par délégation du Conseil d'Administration. En me reportant au référentiel CAFDES, il m'appartient donc, « *d'analyser l'environnement et ses acteurs, de s'approprier et de traduire les politiques publiques, d'identifier et de caractériser les caractéristiques culturelles et structurelles de la personne morale gestionnaire, d'identifier les besoins et les attentes des publics concernés* »⁶³. Ces premières étapes correspondent aux deux premiers chapitres de ce mémoire ; je me trouve ici à la phase de « *mise en adéquation*

⁶³ Référentiel métier du directeur d'établissement, ou service, d'intervention sociale in Direction CAFDES ENSP juin 2000

des réponses aux besoins et attentes, de définition d'une stratégie et de mise en œuvre du projet, d'organisation de la communication externe»⁶⁴. L'élaboration du nouveau projet institutionnel me permet de donner du sens aux actions à entreprendre ; il est une « projection sur l'avenir et donne des orientations générales à moyen et long terme »⁶⁵.

3.1.1 Vérifier l'adéquation au cadre légal

Adapter les missions du service à l'évolution des politiques publiques est le moyen d'affirmer la pertinence du projet et d'asseoir la légitimité de l'A.A.F.P. au sein du dispositif de Périnatalité.

L'accompagnement parental proposé par les T.I.S.F. s'inscrit de façon générale dans le champ de l'action sociale : leur action place de fait l'utilisateur au centre du dispositif puisque la spécificité de ce travailleur social est d'intervenir dans la globalité et la proximité.

La loi 2002.2, rénovant l'action sociale et médico-sociale, insiste sur le caractère multidimensionnel et global de la prévention, ainsi que sur la complémentarité des acteurs.

La loi du 5 mars 2007, réformant la Protection de l'Enfance, privilégie la prévention et la diversification des prises en charge.

L'action du SAAD que je dirige répond à ces principaux objectifs

De façon plus précise, les dispositifs de Périnatalité s'organisent à partir des recommandations de la Mission Périnatalité, effectuée en 2004 à la demande du Professeur Mattei alors Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées.

A) *Vingt propositions pour une politique périnatale*⁶⁶

Partant du constat que, malgré une diminution considérable des mortalités maternelle, périnatale et infantile, des progrès en matière de protection médicale et sociale des femmes enceintes et des enfants sont encore possibles, la Mission Périnatalité dans son rapport élabore vingt propositions toutes issues de la première d'entre elles : proposer une nouvelle politique périnatale. Celle-ci repose sur « *une prise*

⁶⁴ opus cité p.48

⁶⁵ *Rénover l'Action Sociale et Médico-Sociale* J.F.Bauduret,M.Jaeger Dunod Paris 2005 p.118

⁶⁶ Rapport de la Mission périnatalité rédigé par G. Bréart, professeur de Santé Publique, F. Puech, professeur d'obstétrique et J.C. Rozé, professeur de néonatalogie

en charge différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal et insiste sur l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité, l'idéal allant de la déclaration de grossesse à l'issue de l'allaitement »⁶⁷. Il est intéressant ici de rapprocher cette volonté à l'accompagnement de la naissance en Hollande, fonctionnement dans lequel l'action de la T.I.S.F. peut s'inscrire. Une des propositions est d'ailleurs d' « assurer une prise en charge psychosociale », prise en charge globale assurée par différents partenaires dont les SAAD.

La dernière proposition du plan périnatalité pose un plan d'actions pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance.

B) Plan Périnatalité 2005-2007 Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité.

Ce plan doit permettre de réduire la mortalité périnatale à un taux de cinq pour mille et la mortalité maternelle de neuf à cinq pour cent mille. Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance. Il privilégie la participation des usagers à l'élaboration de la politique périnatale, à travers la création d'une commission nationale de la naissance, qui fédère les commissions régionales de la naissance. Ces objectifs doivent être atteints en adaptant les modes de prise en charge de l'accouchement, par la couverture de tout le territoire en réseaux de périnatalité.

C) La circulaire du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de périnatalité⁶⁸

Cette circulaire précise que « l'objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et d'assurer une égale accessibilité à une offre de soins mieux connue et décloisonnée. Le réseau, en organisant la coordination et les relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades de suivi et de prise en charge, assure la continuité et la traçabilité de la trajectoire de la mère et de l'enfant. Il permet en outre d'optimiser les prises en charge notamment en permettant d'en raccourcir les délais. La prise en charge dans le cadre d'un réseau aidera également, le cas échéant, les parents en situation de vulnérabilité à construire des liens avec leur enfant.» L'extrait joint en annexe IV permet de vérifier la présence des services de T.I.S.F.au sein de ces réseaux. Le parallèle avec une recommandation forte de la loi

⁶⁷ extrait du Rapport de la Mission périnatalité rédigé par G. Bréart, professeur de Santé Publique, F. Puech, professeur d'obstétrique et J.C. Rozé, professeur de néonatalogie

⁶⁸ Circulaire N°DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de périnatalité

2002.2 est ici frappant : la recherche de la transversalité des prises en charge et la nécessaire coordination entre les différents services. C'est cette logique commune qui permettra à notre service, dans la cadre de la périnatalité, de se trouver à l'articulation du sanitaire et du social.

- D) la circulaire du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité⁶⁹

Conformément au Plan Périnatalité, les entretiens précoces du 4^{ème} mois de grossesse sont désormais mis en place et rendus systématiques par la loi du 5 mars 2007 réformant la Protection de l'Enfance. Dans la circulaire précitée, le rapport du Docteur Molénat pose les enjeux de cet entretien précoce; il doit permettre aux futurs parents d'être acteurs de leur parcours, d'évoquer les difficultés rencontrées et surtout d'avoir accès à l'information sur les différents dispositifs de soutien existants (extraits en annexe V). Lors de la journée du Forum de la Société de Psychologie Périnatale, qui s'est tenue le 18 octobre 2007 à Marseille, j'ai pu entendre le Docteur Françoise Molénat rappeler que cet entretien peut être le point d'ancrage de l'accompagnement psychosocial de la naissance, dans la pluridisciplinarité. La circulaire du 4 juillet 2005 pointe la difficulté des différents acteurs de la périnatalité à se coordonner et la conséquence néfaste sur les familles : *«Comment penser l'ensemble ? Bien souvent, les désordres familiaux n'ont eu d'égal que le désordre des actions menées dans le champ médical, social et/ou psychologique/psychiatrique. Il existe donc un énorme potentiel d'étayage vis-à-vis des familles vulnérables, au travers déjà d'une meilleure coordination des interventions. Reste à opérer un changement culturel profond dans un système largement fondé jusqu'alors sur la réparation après-coup et sur le fonctionnement auto-centré des institutions⁷⁰»*. L'importance d'intervenir le plus en amont possible et de façon coordonnée n'est plus à démontrer ; notre service peut répondre à cette exigence en s'intégrant notamment au Réseau Périnatal de Proximité.

- E) La charte du réseau de Périnatalité PACA CORSE : PERINATSUD

Le 23 janvier 2002, vingt-sept établissements publics et privés ont adhéré au réseau de périnatalité PACA - Corse : PERINATSUD en signant une première charte constitutive. Ce réseau se donne pour vocation de « promouvoir la sécurité de la

⁶⁹ Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C N° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Extrait en annexe V

⁷⁰ ibid

grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant selon le principe « *bien naître au bon endroit* ». Outre les objectifs spécifiques liés aux soins, PERINATSUD veut pouvoir assurer le suivi postnatal de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées. Les acteurs du réseau s'engagent, entre autres, à faire évoluer sa propre pratique et à œuvrer pour la modification des pratiques en général, ainsi qu'au décloisonnement institutionnel par des pratiques pluridisciplinaires et inter-institutionnelles. Le réseau PACA – Corse affirme la nécessité de compétences très variées pour faire face à la complexité de la prise en charge de la naissance. Toutefois, parmi les acteurs de l'action sociale, seuls les services de la PMI sont cités. L'inscription de l'A.A.F.P dans ce réseau est donc à conquérir dans la cadre de la formalisation des partenariats que je mets en œuvre.

La formalisation du projet de l'A.A.F.P, en tant que préalable à notre entrée dans la loi 2002-2, constitue elle aussi une adéquation au cadre légal.

3.1.2 Formaliser le projet

Une précision sémantique est à ce stade nécessaire puisque j'utilise indifféremment l'expression « projet d'établissement » et « projet de service » ; le *projet d'établissement* est pour moi le terme générique que j'adapte à la réalité contextuelle en utilisant la formulation *projet de service*. En effet, l'A.A.F.P étant un Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), le projet de service est ici le projet premier, qui pourrait être décliné en projet des différents services (service aide-ménagère, service emplois familiaux...) de notre SAAD.

L'article 12 de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, « *rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'établissement ou de service ; périodiquement révisé, il est établi pour une durée maximum de cinq ans, soumis à l'avis du Conseil de Vie Sociale. Il définit les objectifs de l'établissement ou du service, notamment en matière de coordination, de coopération et d'évaluation des activités et de la qualité des prestations, ainsi que ses modalités d'organisation et de fonctionnement*⁷¹ ».

La présentation du projet d'établissement que font Jean-François Bauduret et Marcel Jaeger dans l'ouvrage *Rénover l'Action Sociale et Médico-Sociale* met en évidence les apports de la loi 2002.2 dans sa conception du projet ; jusqu'à ce texte, le projet était le programme de l'ensemble des actions à mener et des plans d'exécution. Aujourd'hui, « *le projet anticipe les changements nécessaires et le programme est la formalisation de la*

⁷¹ *Rénover l'Action Sociale et Médico-Sociale* J.F.Bauduret,M.Jaeger Dunod Paris 2005 p.118

mise en pratique telle qu'elle est envisagée au sens d'un planning qui structure l'action »⁷². Il se fonde alors sur un ensemble de valeurs communes aux différents acteurs, et permet ainsi de s'y référer en cas de difficulté pour les professionnels ou les usagers.

Pour ce faire, « *le projet est écrit, diffusable et diffusé ; (...) il s'adresse à trois destinataires : les bénéficiaires qui doivent être consultés, les salariés qui doivent s'y reconnaître, les financeurs qui accordent l'autorisation de fonctionner* »⁷³.

Aussi, l'élaboration du projet de service se situe bien comme axe central de l'adaptation de l'offre de service, en ce sens qu'elle permet la définition des objectifs, l'implication des différents acteurs et par son évaluation, l'adéquation aux besoins.

Telle qu'elle est décrite dans l'ouvrage *Projet d'établissement Comment le concevoir et le formaliser*⁷⁴, la conception du projet de service est pour moi une réelle conduite de projet ponctuée des différentes étapes qui nécessitent d'être planifiées.

Le Conseil d'Administration du mois d'avril 2008 a validé le principe d'une réflexion sur l'adaptation de notre offre de service, pouvant aller jusqu'à la formalisation du projet de service. Cette validation constitue la première étape de conduite de projet en tant que décision d'engager le projet

La phase de préparation s'est achevée par la constitution d'un dossier reprenant les éléments de diagnostic et d'opportunités environnementales et/ou réglementaires. Ce dossier est le premier élément de communication qui doit permettre à tous les acteurs d'identifier les besoins et les enjeux ; leur implication dans la mise en œuvre du projet est conditionnée par leur compréhension et leur acceptation de ces données.

La phase d'élaboration du projet, dans laquelle nous entrons, est quant à elle rythmée par la conception, les différentes consultations, la formalisation, la validation, l'évaluation.

Je présente ici la phase d'élaboration en trois parties :

- A) Définir les objectifs
- B) Accompagner les différents acteurs et repérer les résistances potentielles
- C) L'échéancier et les moyens financiers nécessaires

⁷² ibid p.119

⁷³ ibid p.119

⁷⁴ *Projet d'établissement Comment le concevoir et le formaliser* J.C Becker, C. Brissonnet et al ESF Paris 2004 p131-170

A) Définir les objectifs

L'A.A.F.P répond aujourd'hui de façon classique en terme d'accompagnement des différents événements qui marquent la vie d'une famille : situations de maladie, de handicap, de séparation, de naissance dans un contexte souvent très fragilisé tel que présenté précédemment. Le diagnostic et l'analyse que j'ai menés m'ont permis de constater qu'il est nécessaire de repenser notre accompagnement de la naissance et de nous situer dans les dispositifs de périnatalité.

C'est donc une adaptation de notre offre de service et non une restructuration profonde que je me propose de conduire.

Cette précision est importante puisqu'elle détermine le schéma d'exécution du projet et sa temporalité.

Afin d'inscrire concrètement notre offre de service dans les dispositifs de périnatalité, l'objectif du projet est d'insister sur les missions spécifiques des T.I.S.F : une prise en charge globale de la famille, une grande adaptabilité aux diverses situations familiales et la complémentarité avec les autres partenaires.

Dans toutes leurs actions, les T.I.S.F interviennent sur l'organisation quotidienne, le soutien éducatif et relationnel, l'insertion sociale. Les accompagnements nécessitent de savoir passer du « faire à la place » au « faire avec » puis au « faire faire » qui inaugure la fin de nos interventions.

Dans le cadre de la périnatalité, les professionnelles de l'A.A.F.P doivent se situer dans le « faire faire » et le « laisser faire » ; c'est donc leurs capacités de distanciation et d'observation de la relation qui assurera l'efficacité de nos interventions sur cette tranche de vie, nous situant ainsi dans la prévention. C'est là la plus-value de notre offre de service.

Concrètement, lors d'une naissance, la T.I.S.F par ses conseils pratiques et sa proximité avec la famille, saura conforter les parents dans leur fonction parentale. C'est au cours de la préparation d'un biberon, de la prise de bain du nourrisson que les échanges se feront et seront alors pris en compte, notamment par la mère, comme un partage d'expérience et non pas comme un cours magistral dévalorisant.

Les jeunes mères en difficulté avec leur enfant, trouveront alors auprès de nos intervenantes le soutien nécessaire par un accompagnement respectant leurs ressources propres. L'intervention de la T.I.S.F s'articulant plus sur l'axe pratique de la parentalité⁷⁵, elle se concentre sur l'apprentissage des soins quotidiens au nouveau-né et l'observation des inter-relations comportementales entre les parents et leur enfant. L'objectif est de valoriser et de rassurer au maximum les parents dans cette fonction parentale.

B) Accompagner les différents acteurs et repérer les résistances potentielles

« *L'adaptation permanente des moyens aux évolutions de l'environnement, place le changement au cœur de la vie d'une organisation.(...) L'art de diriger est également l'art de prévoir ces évolutions, et même d'en prévenir les conséquences* »⁷⁶. Jean-Marie Miramon, rappelle ici l'impératif d'adapter de façon permanente l'offre de service.

Le changement peut alors être perçu comme une contrainte, une pression des commandes publiques, ou un choix délibéré si on le considère comme une stratégie d'anticipation, d'innovation.

Quelle que soit l'idée que les différents acteurs ont du changement, « *il est nécessaire de remarquer que le changement s'oppose à la permanence et à la continuité... en cela il implique une idée de rupture et de conflit au niveau de l'histoire et de la culture d'une institution.* »⁷⁷

La réussite du projet est donc inhérente à l'accompagnement au changement que je propose. Il est primordial pour moi de bien repérer les résistances potentielles afin d'accompagner au mieux les différents acteurs dans le passage à la zone de confort que représente le fonctionnement actuel à la zone d'incertitude que représente le nouveau projet.

A ce stade, j'actionne les différentes facettes de la fonction de direction ; parce que chargée de la veille sociale, documentaire et législative, j'ai pu impulser l'idée d'un projet innovant. Parce qu'impliquée dans les réflexions communes de nos différents partenaires, j'initie une réponse à des besoins encore non couverts sur une logique de territoire et de réseau. Et enfin, parce que garante de la continuité du service et de ses perspectives d'évolution, je m'attache à accompagner la réflexion autour du changement et de l'adaptation, en pilotant et animant la conduite du projet. Je me situe alors à l'interface du dedans et du dehors, d'aujourd'hui et de demain, ainsi que des différents acteurs ; je me dois ici d'accompagner des attentes et des logiques différentes tout en assurant une cohésion d'ensemble.

a) *Le Conseil d'Administration*

Le directeur est responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement par délégation du Conseil d'Administration. En conséquence, l'analyse du

⁷⁵ *Les enjeux de la parentalité* Didier Houzel Editions Erès janvier 2003

⁷⁶ Jean-Marie Miramon Les Cahiers de l'Actif n°314-317 p.211

⁷⁷ *ibid* p.212

diagnostic que j'ai effectuée doit être un outil d'aide à la décision pour les administrateurs, recherchant une action concertée même si dans ce cas précis, le Conseil d'Administration n'est pas à l'origine du projet.

Le fort ancrage syndical et militant de l'association gestionnaire est déterminant dans la validation que le Conseil d'Administration donnera ou non au projet. Ainsi, stratégiquement, j'ai choisi de m'appuyer sur cette force militante ; en préambule du document remis aux administrateurs, je rappelle la nécessité des revendications cherchant à anticiper les évolutions sociétales. La présentation du nouveau contexte d'intervention et des problématiques actuelles de la population devrait sensibiliser les administrateurs à la nécessité de répondre à des besoins non couverts.

Parce que soucieux du respect des libertés et des droits des personnes, les administrateurs s'inquiètent de notre participation à des actions de prévention précoce et du risque d'instrumentalisation du service comme outil de contrôle utilisé par les travailleurs sociaux. Leurs réticences sont à l'égard de ce qui pourrait être une conception prédictive et non prévenante de l'accompagnement sur la périnatalité ; le projet insistant sur cette différenciation, je tente de démontrer au Conseil d'Administration que les valeurs fondatrices sont non seulement respectées mais partagées dans la proposition d'adaptation du service.

Dans cette recherche de validation par le Conseil d'Administration, la Fédération Nationale est pour moi un atout majeur ; en effet, la FNAAFP invite l'ensemble de ses services à s'engager dans les dispositifs de périnatalité et rappelle qu'elle a obtenu le soutien de la présidence de la CNAF sur ce projet.

Ainsi, au-delà de l'appui technique indispensable, la Fédération est un appui politique considérable : la puissance du réseau (soixante-dix associations), la présidence de la Commission d'Action Sociale de la CNAF, sa participation à la Conférence de la Famille en font une force de proposition nationale incontournable.

b) Le personnel

Dans le contexte de mise en place d'un nouveau projet, je dois également prendre en compte les craintes des salariés déjà en place et les attentes des nouveaux embauchés tout en créant une cohésion d'équipe.

Pour mener au mieux les interventions périnatales, outre la formation initiale, les T.I.S.F ont besoin de bénéficier d'une formation complémentaire, leur permettant d'assurer un accompagnement spécifique notamment basé sur les techniques de

l'observation des bébés à leur domicile et la relation parents/enfants. La construction de ce module de formation est l'un des points forts de l'accompagnement au changement que je mets en œuvre dans le cadre de l'évolution du service.

De plus, il est important pour moi de trouver le juste équilibre entre les compétences requises et la libre adhésion au projet dans le choix des professionnelles qui mèneront cette nouvelle action ; en effet, les troubles psychiatriques chez une jeune mère peuvent être très inquiétants, et la naissance est une période de vie sensible et chargée émotionnellement. Parce que plus que dans tout autre contexte d'intervention, la situation personnelle de la professionnelle pourra avoir un impact sur la prise en charge proposée et sur le déroulement de l'intervention, le principe du volontariat me semble être déterminant pour la meilleure implication des équipes.

La participation des professionnelles à l'élaboration du projet est d'autant plus essentielle qu'elles sont à même de repérer au quotidien le décalage entre les besoins des familles et les réponses que nous apportons ; elles soulèvent régulièrement, en réunion d'équipe, les limites de nos interventions parce que parfois trop tardives.

Les instances représentatives du personnel sont bien entendu associées à la réflexion ; au cours de la rencontre mensuelle avec la déléguée du personnel, nous ferons le point sur l'élaboration du projet.

Ainsi, une communication claire et adaptée sur l'enjeu de l'adaptation de notre offre de service et la participation à la construction de l'opérationnalisation du projet sont pour moi des points essentiels de l'accompagnement au changement des équipes.

Cela passe par la mise en place de groupes de travail et d'un comité de pilotage qui nécessairement associe les usagers.

c) Les usagers

Une des garanties de la pertinence et de l'efficacité du projet est l'association des usagers dans la production de sens du projet. Je m'attache tout particulièrement à l'expression de leurs demandes et à leurs remarques concernant l'exécution des interventions.

La particularité de l'A.A.F.P quant à l'existence du collège CSF au sein du Conseil d'Administration constituait un des premiers outils de participation ; en effet, à l'origine de l'association, ce dernier était constitué de familles utilisatrices. Aujourd'hui, nous avons atteint les limites de ce fonctionnement puisque les administrateurs ont effectivement été usagers du service, mais il y a une trentaine d'années...

A présent c'est la Commission Famille, prémisses du Conseil de Vie Sociale, qui permet l'expression des besoins et leur actualisation. Cette commission, que j'ai instaurée il y a un an, est animée conjointement par un représentant du Conseil d'Administration, d'une ou deux T.I.S.F et par la coordinatrice ou moi-même. Nous proposons aux familles utilisatrices du service de participer à ce groupe de travail avec une grande souplesse de fonctionnement. En effet, la régularité et la fréquence de ces réunions pourraient être un frein à la mobilisation des familles fragilisées, souvent inscrites dans une temporalité discontinuée.

Ainsi, selon les thèmes de réflexion choisis d'une fois sur l'autre, les familles viennent à cette commission que je souhaite la plus conviviale possible. C'est autour de « gâteaux maison » et de thé ou café que les échanges se font, pendant que les enfants sont gardés à la maison ou dans une pièce voisine par les T.I.S.F. Le partage de recettes de cuisine ou des difficultés concernant les enfants amorcent généralement l'expression de besoins et de demandes plus précises.

Les inquiétudes sont à propos de l'éducation des enfants et plus précisément sur la difficulté à gérer l'arrivée d'un nouveau-né dans un fonctionnement familial déjà fragile (mère isolée, situation sociale précaire...).

Ainsi, lorsque j'ai mis à l'ordre du jour notre projet sur la périnatalité, les familles et plus précisément les mères ont pu dire leur désarroi au retour de la maternité et combien elles regrettent de ne pas avoir eu connaissance de cette possibilité d'aide à la première naissance. Ces témoignages sont essentiels pour l'ajustement de notre adaptation d'offre de service.

Dans la prise en compte qui est faite de leurs paroles et la réflexion commune autour des réponses à apporter, la Commission Famille permet aux usagers de passer du statut de bénéficiaires à celui d'acteurs du projet de service.

C) L'échéancier et les moyens financiers nécessaires

a) *La temporalité du projet et les instances de suivi*

Parce que comme vu précédemment, il s'agit d'une adaptation et non d'une restructuration profonde, la temporalité du projet s'inscrit sur une période relativement courte, s'étalant de six mois à un an. Pour nous situer dans une moyenne, et parce que le symbole est ici d'importance, je choisis de planifier la mise en œuvre du projet sur neuf mois ; ainsi, à l'issue d'une période allant de juin 2008 à février 2009, nous donnerons naissance à notre nouvelle offre de service.

Le Conseil d'Administration, qui avait validé le principe d'adaptation de l'offre de service de l'A.A.F.P en avril 2008, a pu étudier le dossier de diagnostic et d'analyse pendant le mois de mai.

C'est en juin 2008 que le lancement du projet s'est concrétisé par la constitution du comité de pilotage qui suivra l'évolution des différents niveaux de réflexion et d'actions. En tant que directrice, je pilote cette instance composée de deux administrateurs, deux T.I.S.F et de deux représentants de la Commission Famille.

En comité de pilotage, il a été décidé d'instaurer deux groupes de travail : le premier, animé par la coordinatrice et axé sur l'opérationnalisation, est chargé de recenser très finement les attentes des familles et les nécessaires ajustements des réponses. Le second, animé par moi-même et ouvert sur les partenariats, a pour mission d'articuler notre offre de service avec les dispositifs existants et de définir la stratégie de communication. C'est à ce titre que nous invitons des partenaires, travailleurs sociaux et/ou collègues de l'aide à domicile.

Les deux groupes de travail, constitués de professionnelles et de familles utilisatrices, se réuniront de juin à octobre 2008. Les compte-rendus de ces travaux seront transmis au comité de pilotage à mi-parcours et à la fin de cette période. L'analyse et la prise en compte de ces éléments devraient permettre la formalisation d'un document *projet de service* pour début janvier 2009. Nous disposerons alors de deux mois pour procéder aux ajustements nécessaires avant la validation du projet de service fin février 2009 par le Conseil d'Administration.

Si cette temporalité est respectée, nous pourrions transmettre ce document au service des Actions Préventives Direction de l'Enfance du Conseil Général, dans l'éventualité d'un dépôt de dossier pour un passage en CROSMS en décembre 2009 ; la fenêtre « Protection de l'Enfance » étant du 1^{er} juin au 31 juillet. Le second trimestre 2009 pourrait être une période de réflexion du Conseil d'Administration sur l'opportunité pour l'A.A.F.P d'entrer dans le champ de la loi 2002.2.

b) Le financement du projet

Animée du double souci du directeur qui doit « articuler une gestion rigoureuse de deniers publics et un meilleur emploi possible pour la réalisation du service », c'est la notion d'efficience que je retiens dans l'analyse du coût du projet.

L'impact financier du projet tel qu'il est aujourd'hui pensé sera très faible sur le coût global de fonctionnement. En effet, l'organisation proposée ne nécessite pas de nouvelle infrastructure, nos interventions se réalisant à l'extérieur du service, aux domiciles de nos bénéficiaires.

De plus, si notre nouvelle offre de service générerait une augmentation d'activité le financement augmenterait en conséquence dans la limite des enveloppes accordées par la Caisse d'Allocations Familiales et le Conseil Général. La création de postes que générerait une demande forte d'interventions seraient au préalable négociée avec nos financeurs.

Les seuls comptes à prévoir en augmentation pour le budget 2009 appartiennent à la catégorie « autres achats et charges externes » : les frais de formation, l'achat de documentation, la participation éventuelle à des colloques sont à chiffrer. Des frais d'imprimerie sont également à prévoir en vue de réalisation de plaquettes d'information permettant la communication sur le service. Les frais de transports pourraient augmenter si nous voulons travailler avec d'autres A.A.F.P qui ont amorcé leur projet périnatalité. Les échanges de réflexions et d'expériences seraient notamment intéressants avec le service d'Avignon ; je pense, en effet proposer la mutualisation de modules de formation et des supports de communication. Outre la rationalisation des coûts, ce travail en commun nous permettrait de nous inscrire dans une logique de territoire à l'échelle régionale, cadrant ainsi avec une partie de couverture du réseau Périnat Sud.

Le budget global de l'A.A.F.P étant constitué à 85% de la masse salariale, une augmentation des comptes 60 à 62 de 10% n'impacterait que de 1,23% le montant total des charges ; l'exercice 2007 présentant un excédent de 48 006 €, j'ai demandé l'affectation de ce résultat pour des mesures d'exploitations nouvelles. Ainsi, à titre expérimental, nous pourrions fonctionner à moyens constants, dans l'attente d'une première évaluation sur la nécessité de créer des postes. Le cas échéant, une augmentation de notre masse salariale serait à négocier avec nos financeurs.

3.2 Promouvoir les ressources humaines

Le management des ressources humaines que je mets en œuvre recherche l'adaptation continue des compétences, la dynamisation du personnel, la prévention de l'usure professionnelle et du désengagement.

La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est « *une méthode conçue pour anticiper les besoins en ressources humaines à court et moyen termes. Elle vise à adapter les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues des modifications de l'environnement économique, social, juridique, etc.* ». Cette définition proposée par François Charleux⁷⁸ invite à l'analyse des écarts entre les

⁷⁸ François Charleux Livret pédagogique du 16 janvier 2008 p.1 <http://www.rh-organisation>

ressources actuelles et le nécessaire équilibre entre les ressources prévisibles et les ressources souhaitables. Elle n'a de sens que si elle s'articule à un projet d'entreprise, en l'occurrence, ici, au projet de service.

Il s'agit pour moi d'utiliser la GPEC comme un enjeu mais aussi comme un espace de discussion avec les professionnelles. Le diagnostic de la situation puis l'analyse des écarts entre les compétences existantes et les compétences requises m'amènent à définir et planifier des moyens d'actions : ainsi, je concrétise les changements organisationnels en conduisant une stratégie de recrutement et en élaborant les plans de formation.

3.2.1 Du recrutement à la valorisation des compétences

A) Le recrutement et l'accueil du salarié

Comme je l'ai déjà précisé toutes les interventions en direction des familles avec enfants sont réalisées par des salariées titulaires du diplôme d'Etat de Technicien d'Intervention Sociale et Familiale.

Depuis ma participation au processus de formation et la reconnaissance de l'A.A.F.P comme site qualifiant, l'accueil des stagiaires me permet de repérer les qualités et potentiels des futures professionnelles ; la très grande majorité des T.I.S.F. que j'ai recrutées ont fait leurs stages professionnels au sein du service.

Je pense fortement que l'intérêt de ce fonctionnement est double puisqu'il permet également au professionnel en devenir de découvrir les fonctionnements des différents services d'aide à domicile et de se positionner sur celui de leur choix. En effet, le métier après avoir été longtemps en pénurie de candidat reste encore aujourd'hui en tension ; ainsi sur le département des Bouches du Rhône où cinq associations recrutent chacune entre deux à cinq T.I.S.F par an, les jeunes diplômées ont réellement la possibilité de choisir le service au sein duquel elles travailleront.

Ainsi, l'accueil qui leur sera fait d'abord en tant que stagiaire puis en tant que salarié doit permettre au service d'« attirer » les professionnelles qui souhaitent s'impliquer dans un dispositif d'intervention innovant. Là encore, la formalisation du projet servira la lisibilité de l'offre de service; l'adhésion des nouvelles embauchées au projet me garantira leur implication dans sa mise en œuvre.

La présentation que j'ai pu faire de l'inscription de l'A.A.F.P dans les dispositifs de périnatalité et ma volonté de la développer a été un élément moteur dans les caractéristiques attractives du service. Les seize salariées que j'ai pu recruter s'inscrivent dans la dynamique d'adaptation et d'évolution du service ; elles seront un facteur clé de réussite à l'opérationnalisation du projet de service.

Toutefois, il me faut être vigilante au décalage potentiel et prévisible avec les salariées les plus anciennes et issues de la formation avant la réforme du DETISF. Leurs craintes concernant l'évolution nécessaire de leurs pratiques pourraient se transformer en démobilitation voire en résistance avec un sentiment de dévalorisation. J'ai donc choisi de les impliquer fortement dans l'accueil des nouvelles salariées en mettant en place un tutorat pour chaque embauche.

Ainsi, en proposant, de façon plus ou moins incitative en fonction des « personnalités », à chacune des salariées d'être tutrice d'une nouvelle recrue, je souhaite valoriser l'expérience des plus anciennes, susciter le partage des pratiques, mutualiser les compétences.

C'est dans ce même objectif que j'ai choisi de « construire » le livret d'accueil du salarié avec un groupe de travail ; il est composé de salariées parmi les plus anciennes, porteuses de la mémoire et de la connaissance des dispositifs, et de salariées récemment arrivées, à même de signaler les éléments qui ont pu leur manquer à leur embauche. Ce groupe de travail s'est réuni une heure par semaine sur deux mois ; il a permis l'élaboration d'un livret d'accueil de cinquante pages qui est aujourd'hui en attente de validation par le Conseil d'Administration. Au-delà de cet objectif opérationnel, ce travail collectif et participatif a largement contribué à la cohésion d'équipe.

L'attrait qu'a suscité l'A.A.F.P pour les jeunes diplômées ces dernières années m'a permis d'avoir des exigences particulières en matière de recrutement ; ainsi au-delà de la qualification que valide le diplôme, j'ai établi des critères de compétences annexes mais indispensables pour l'accomplissement de notre mission telle que je la conçois. Ainsi, j'ai choisi d'embaucher des T.I.S.F qui ont à la fois une bonne connaissance de notre territoire d'intervention, une approche des différentes cultures de la population accueillie ainsi qu'une pratique des dispositifs d'aide et d'action sociale. L'objectif ici est de créer de l'interdisciplinarité en interne, qui saura s'inscrire dans la transversalité des partenariats existants et à développer.

Vouloir élargir notre palette de réponses, m'a amené également à recruter un professionnel masculin titulaire du DETISF ; dans une équipe entièrement féminine, l'arrivée d'un homme a suscité beaucoup d'interrogations et de réticences. Aujourd'hui, l'évaluation de ses interventions en direction des jeunes enfants sans repère masculin et des jeunes adolescents en quête de limites éducatives lui donne toute sa légitimité. et ma décision fait l'unanimité rétroactivement. Je fais ici une petite parenthèse sur l'utilisation du féminin lorsque j'évoque les professionnelles du service ; la récente embauche et le très faible pourcentage du masculin au sein de l'équipe font que « je me suis autorisée » à déroger à la règle grammaticale qui fait qu'aussi minoritaire soit il le masculin prévaut...

Dans la pratique, lorsque j'anime les réunions d'équipe, nous plaisantons de mes formulations que je reprends systématiquement maintenant au masculin ; notre technicien d'intervention sociale et familiale s'en amuse et est réellement intégré au sein de l'équipe.

Par ailleurs, dans le respect des valeurs fondatrices et de l'éthique institutionnelle, l'engagement et la militance pour un projet de société meilleur est une plus-value non négligeable dans la pluralité de l'équipe professionnelle.

B) Les fiches de poste comme support du management des connaissances

Initialement, le service n'utilisait pas de fiche de poste ; il se basait sur la présentation succincte de la Convention Collective. J'ai récemment repris le référentiel de compétences du DETISF pour élaborer une fiche de poste T.I.S. F, jointe en annexe VI.

La notion de compétences renvoie à des réalités diverses ; c'est sa définition versus « école instrumentale⁷⁹ » que je choisis de retenir : « *plus opérationnelle est l'approche par les savoir-faire qui se centre sur l'analyse des activités. La compétence s'articule alors à la qualification et se reconnaît comme la capacité à maîtriser une situation dans le cadre professionnel.*⁸⁰ »

Au-delà de la redéfinition des rôles et des missions, l'élaboration de la fiche de poste me permet, au sein d'un petit groupe de travail, d'explicitier mes attendus en terme d'adaptation continue des professionnelles aux besoins des usagers.

Cette définition de la compétence part du postulat que tout salarié peut acquérir de nouvelles compétences, dès lors que la direction s'engage dans une démarche de gestion par les compétences et non de gestion « taylorienne » des compétences. « *Il s'agit de rechercher, avec l'adhésion de tous les acteurs, de nouvelles formes d'organisation permettant l'expression et la reconnaissance des compétences de chacun et partant, l'atteinte de meilleurs résultats.*⁸¹ »

C'est le concept de l'organisation apprenante qui m'intéresse ici tout particulièrement, en cela qu'il permet de valoriser les connaissances des professionnelles grâce à une prise de recul après l'action, un temps consacré au retour d'expérience. « *Le retour d'expérience est composé de deux phases : une phase de bilan ou d'évaluation de l'action réalisée et une phase d'amélioration consacrée à la recherche et à la mise en place de mesures correctives.*⁸² »

⁷⁹ François Charleux Livret pédagogique du 16 janvier 2008 p.3 www.rh-organisation

⁸⁰ ibid p.3

⁸¹ ibid p.11

⁸² ibid p. 30

L'évaluation déclinée à l'échelle du management des équipes est pour moi la garantie d'ajuster de façon continue la mise en œuvre de notre offre de service à l'évolution des besoins. Ce processus est la mise en pratique d'une conviction forte : s'appuyer sur les compétences et permettre le développement des potentiels permet la responsabilisation des équipes et conditionne leur implication au projet. Je mets cette idée en lien avec ma conception de l'accompagnement parental, qui doit s'appuyer sur les ressources potentielles, à repérer et renforcer.

L'évaluation des compétences et des connaissances peut être formalisée au cours de l'entretien annuel d'évaluation.

C) La mise en place de l'entretien annuel d'évaluation

L'entretien annuel d'évaluation est un outil de communication entre le collaborateur et son hiérarchique direct qui doit permettre de dresser un bilan des activités sur la période écoulée dans le but de définir des objectifs partagés. Pour le professionnel, c'est l'opportunité de valoriser ses compétences et de communiquer ses projets. Pour le service, c'est vérifier l'adéquation des compétences au profil de poste, identifier les besoins en formation.

Jusqu'à présent l'A.A.F.P n'a pas mis en place de grilles d'évaluation de compétences collectives ou individuelles. Compte-tenu de l'organisation actuelle du service et du faible taux d'encadrement, il ne m'a pas encore été possible de mettre les entretiens individuels en place pour l'ensemble du personnel. Cependant, j'ai utilisé cet outil de gestion des ressources humaines, avec la coordinatrice du service. Nous avons ainsi établi un bilan de sa participation et de sa contribution au projet de service et recherché des solutions aux difficultés qu'elle rencontre dans l'animation de l'équipe d'intervenantes.

Ainsi, afin d'améliorer sa pratique du management du groupe, je l'ai inscrite sur un module de formation, qui lui permettra d'accompagner les T.I.S.F dans leurs écrits professionnels. Il s'agit, en effet, d'un point sensible dans le management des intervenantes ; beaucoup sont, ou pensent être, en difficulté lorsqu'elles doivent rédiger des bilans d'interventions. A mon arrivée à la direction du service, la coordinatrice en place était elle-même très en difficulté sur les écrits ; j'ai donc assuré moi-même le soutien des T.I.S.F dans la conception de leurs écrits. Son départ pour suivre son conjoint sur une autre région a été l'opportunité d'effectuer moi-même le recrutement de la coordinatrice. Jusque-là, au sein de l'A.A.F.P la promotion interne avait été favorisée ; le poste de coordinatrice était proposé sur un mi-temps à une T.I.S.F, qui restait intervenante sur la seconde moitié de son temps de travail. Bien qu'une formation courte « d'animation d'équipe » était dispensée, cette organisation avait à mes yeux un inconvénient majeur : la confusion des rôles, puisqu'une intervenante devenait

responsable de l'équipe tout en en restant membre, et l'insuffisance de la qualification pour encadrer une équipe, surtout depuis l'évolution des services et de l'exigence liée la complexité de nos interventions.

Souhaitant mettre l'accent sur le diagnostic initial de la situation familiale et l'évaluation fine des besoins afin de proposer une prise en charge adaptée, le profil de poste que j'ai établi correspondait à la qualification d'assistante sociale. C'est donc en janvier 2007 que j'ai embauché une assistante sociale avec une très bonne connaissance des dispositifs d'aide à domicile. Toutefois, compte-tenu de l'histoire de ce poste, sa place était toute à conquérir ; aussi, en lui donnant des outils précis et pragmatiques pour accompagner les T.I.S.F. sur leurs écrits professionnels, je lui permets d'asseoir sa légitimité auprès du groupe.

Ce nouveau fonctionnement me permet de déléguer une activité qui relève clairement des missions d'un responsable hiérarchique direct. Faire des liens réguliers sur les difficultés des intervenantes avec la coordinatrice me permet de repérer les besoins en formation.

La grille d'évaluation que j'ai inaugurée avec la coordinatrice, est actuellement ajustée pour lui permettre de mener les entretiens annuels des intervenantes. Ils confirmeront les axes forts des plans de formation.

3.2.2 Promotion par la formation

A) La formation continue

Convaincue que la qualité des interventions est consignée à la professionnalisation du personnel, j'établis les plans de formation, en concertation avec les délégués du personnel, afin de répondre aux nouvelles difficultés rencontrées par les intervenantes dans des situations familiales de plus en plus fragilisées. Ces actions de formation émarginent au plan de formation sur la première catégorie : « actions d'adaptation au poste de travail ». Chaque année, cinq à six de nos professionnelles partent en formation sur des modules de 35 heures. Les thèmes des dernières années sont les suivants :

- *La maltraitance conjugale et familiale*
- *Accompagner les familles confrontées à une pathologie mentale*
- *Intervenir auprès des familles qui ne savent pas bien lire ni écrire*
- *Accompagner la famille lors du droit de visite d'un enfant placé*
- *Comprendre, aider, soutenir, et revaloriser les parents dans leur fonction parentale face à une société stigmatisante*
- *Pédagogie de l'accompagnement des parents en situation de déficiences intellectuelles*

- *Agir dans les situations qui nécessitent un signalement*

Autant de thèmes que de problématiques rencontrées.

B) La Formation Spécifique

La présentation de la profession de T.I.S.F a permis de mettre en évidence que celle-ci est au cœur même de l'accompagnement à la parentalité ; ainsi, a priori tous les services proposant l'intervention d'une T.I.S.F seraient en capacité de proposer cet accompagnement. Aussi, afin de positionner le service que je dirige précisément dans le dispositif de périnatalité, j'ai souhaité donner une plus-value à nos interventions en permettant aux professionnelles du service de bénéficier d'une formation spécifique. Celle-ci s'inscrit dans la deuxième catégorie du plan de formation : « actions liées à l'évolution des emplois ».

La fédération étant engagée au niveau national sur la périnatalité, c'est conjointement avec d'autres directeurs de SAAD Familles que j'ai participé au montage du module de formation : *Périnatalité : la place de la TISF auprès du bébé et des parents*, présenté en annexe VII.

Ce premier niveau de formation de 35 heures aborde les thèmes suivants : la définition du mot Périnatalité, la place de la TISF en Périnatalité, l'importance de l'observation sans confondre son rôle avec d'autres professionnelles, l'accompagnement des parents pendant l'hospitalisation et au retour du nourrisson prématuré, la dépression post-partum, l'intervention (à la demande d'un service psychiatrique) auprès de mères présentant des troubles psychiques sévères, la découverte des partenaires d'un réseau périnatalité.

A l'issue de cette première semaine de formation, les T.I.S.F sont à même de repérer que l'accompagnement spécifique des parents, dans le cadre de la périnatalité, est soumis à la qualité de l'observation ainsi qu'à la capacité de retrait et d'action de la professionnelle. Nous réfléchissons actuellement à un second niveau de formation dont le contenu s'appuierait sur les premières évaluations des interventions périnatalité.

Les intervenants sont des pédopsychiatres, pédiatres et sage-femmes travaillant en hôpital, service de néonatalogie, Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), service de PMI. Ce module est une trame que nous déclinons localement ; ainsi, pour la formation des T.I.S.F. de l'A.A.F.P de Marseille, les intervenants que j'ai retenus sont des professionnels fortement impliqués dans le réseau PERINATSUD. Il s'agit là d'un premier pas dans la formalisation d'un partenariat.

C) L'analyse des pratiques

L'analyse des pratiques professionnelles est un outil indispensable pour réguler les difficultés rencontrées par les intervenantes, qui peuvent souffrir de l'isolement que crée l'intervention à domicile. Je l'ai mise en place depuis 2004 et je peux aujourd'hui constater qu'elle a été une action essentielle pour la cohésion de l'équipe et qu'elle a permis de lutter contre l'absentéisme.

Le programme mis en place par le psychologue, en lien avec les besoins repérés par la direction et/ou formulés par le personnel, est centré sur l'analyse des pratiques associée à une formation complémentaire.

L'objectif défini est d'acquérir :

- ✓ des repères conceptuels pour mieux comprendre la complexité des contextes d'intervention
- ✓ des méthodes et des outils pour intervenir avec plus de discernement et de justesse auprès des familles
- ✓ un enrichissement mutuel lié à leur partage d'expérience

Au cours de cette analyse de pratiques, de façon transversale, les thèmes suivants sont abordés :

- ✓ Gérer des conflits
- ✓ Développer ses qualités d'écoute
- ✓ Décoder la communication non verbale
- ✓ « Faire passer » ses messages
- ✓ Analyser et comprendre les comportements
- ✓ Acquérir une meilleure connaissance de soi
- ✓ Identifier son style personnel d'intervention auprès des familles
- ✓ Développer son intuition
- ✓ Prendre conscience de ses qualités et de ses ressources
- ✓ Passer un « contrat de progrès » afin d'améliorer sa pratique professionnelle
- ✓ Mieux gérer son temps et son stress.

D) L'Accueil des Stagiaires

La formation T.I.S.F sur Marseille est dispensée par l'ISMC La Cadenelle. Les stages pratiques sont primordiaux dans l'apprentissage de la profession. Comme je l'ai déjà précisé, l'A.A.F.P. est un terrain professionnel de plus en plus sollicité; ces dernières années nous avons accueilli une dizaine de stagiaires élèves de 1ère année et de 2ème année.

Depuis la réforme du diplôme entrée en vigueur en septembre 2006, les services accueillant les stagiaires sont conventionnés « Site Qualifiant » ; je participe à ce titre aux jurys de sélection et d'obtention du diplôme. Ce nouveau dispositif renforce le suivi que nous proposons aux stagiaires puisque les évaluations de stage rentrent en compte dans l'obtention du diplôme. Il s'agit d'un investissement lourd en temps mais « payant » en terme de reconnaissance et d'implication dans le devenir de la profession.

En tant que site qualifiant, l'A.A.F.P est une passerelle entre les besoins des familles et l'évolution de la formation; au cours des Commissions Techniques Pédagogiques, je n'ai de cesse d'insister sur l'aspect préventif de la profession.

3.3 Communiquer et développer le Partenariat

La communication est une nécessité transversale aux différentes étapes de conception, d'élaboration et de mise en œuvre du projet. C'est l'idée développée par Patrick Lefèvre dans le *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations et médico-sociales*⁸³ : « la communication donne forme, elle traduit une légitimité institutionnelle, elle met en marche une organisation et des systèmes. Le directeur est, par sa fonction, celui qui assure l'harmonisation et la cohérence, il est chargé de veiller à la diffusion des valeurs, des objectifs, de la compétence et à l'articulation entre les espaces, les structures et les comportements »⁸⁴.

3.3.1 Communication à destination des familles et des partenaires

La communication que je souhaite mettre en place à destination des familles a pour but de leur faire connaître, le plus tôt possible, les dispositifs d'aide à domicile. Aussi, les plaquettes de présentation du service dont nous disposons déjà, seront agrémentées d'un encart présentant les prises en charges spécifiques dans le cadre de la périnatalité. La diffusion ne peut se faire qu'auprès des familles déjà utilisatrices pour que cette communication ne soit pas considérée comme de la publicité. C'est le « bouche à oreille » qui devrait fonctionner.

Parce que j'ai choisi de placer notre offre de service au cœur de la prévention, il n'est pas question pour moi de me satisfaire de cette diffusion d'information plus qu'aléatoire. C'est donc une réelle stratégie de communication que je mets en place par le biais de vecteurs incontournables : nos partenaires.

⁸³ *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations et médico-sociales* Patrick Lefèvre 2^{ème} édition Dunod Paris 2003

⁸⁴ opus cité p.343

Le partenariat avec les travailleurs sociaux de la CAF et du Conseil général est maintenant bien construit ; les relais se font régulièrement en fonction des situations suivies et les intervenantes sont systématiquement invitées sur les réunions de concertation. Ces échanges ont contribué à une meilleure connaissance de la profession de T.I.S.F et des multiples facettes des prises en charge proposées.

A mon niveau, j'ai sollicité les adjointes sociales de la CAF et les responsables des Maisons de la Solidarité du Conseil Général afin de leur présenter précisément le projet. Ces rencontres sont en cours et notre offre de service reçoit déjà un écho favorable ; elle est perçue comme un maillon manquant jusque là dans l'articulation des différents dispositifs.

Je continue à développer notre partenariat avec les équipes PMI (sage-femmes, puéricultrice, éducatrice, etc.), les CMP, CAMSP, lieux d'accueil Parents-Enfants, et services AEMO. Au-delà des rencontres au sein de différentes instances, j'invite aux réunions du groupe de travail « Partenariat » des représentants de ces services ; leur association aux réflexions sur notre projet Périnatalité est une garantie d'une bonne compréhension et d'une meilleure collaboration à venir.

Dans le cadre de nos actions de prévention, notre service doit encore renforcer ses liens avec les hôpitaux et les maternités, les services de néonatalogie et de pédopsychiatrie. J'ai dans ce but diffusé très largement un support de communication de notre Fédération Nationale ; les actes du colloque Périnatalité qui s'est tenu à Paris le 8 décembre 2006 sur le thème *Sortie précoce de maternité : Quels risques ? Les enjeux de l'accompagnement à domicile*. Le programme du colloque est présenté en annexe VIII.

J'avais, à l'occasion de cette manifestation nationale invité l'un des pédopsychiatres de l'Hôpital Edouard Toulouse, le Docteur Djamel Bouriche, sachant qu'il animait une consultation hebdomadaire de psychologie transculturelle en Périnatalité, sur l'une des cités des quartiers du Nord de Marseille. Sa venue au colloque a été un élément déclencheur dans la participation de l'A.A.F.P aux dispositifs de Périnatalité locaux. En effet, suite à nos interventions auprès de jeunes mères suivies dans le cadre de sa consultation, le Docteur Bouriche a pu vérifier l'efficacité de nos interventions et communiquer, auprès de ses confrères, sur cette possibilité de prise en charge complémentaire. Par le biais de cette première collaboration, j'ai été invitée aux réunions du *Réseau Informel Périnatalité Nord de Marseille*.

3.3.2 Inscription dans le réseau « Périnatalité Nord »

Les réunions constitutives au réseau « Périnatalité Nord » se sont mises en place sous la houlette du Docteur Noëlle Barbiera qui dirige l'Unité Mobile Thérapeutique Parents-Bébé du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, hôpital psychiatrique qui couvre les arrondissements du nord de Marseille. L'unité mobile est « *une équipe de santé mentale périnatale, qui s'adresse non seulement aux parents de très jeunes enfants, mais également aux femmes enceintes, aux futurs pères, ainsi qu'aux bébés (...), en situation de vulnérabilité, sur tous les secteurs du Centre Hospitalier Edouard Toulouse. (...) Il s'agit de prévenir et de traiter les troubles des interactions précoces de la dyade mère/bébé ou de la triade père-mère/bébé (...). Chaque fois que nécessaire une coordination et un soutien au travail en réseau, avec tous les professionnels concernés, sont mis en place dans un souci non seulement de collaboration mais également de co-élaboration, tissant autant que faire se peut, un véritable projet sur mesure pour une situation donnée* »⁸⁵.

Dans ces groupes de travail et débats⁸⁶, il m'est donné la possibilité de présenter la polyvalence de nos professionnelles, souvent encore perçues comme de simples aides à domicile, et surtout d'asseoir la reconnaissance de notre service dans les dispositifs de prévention périnatale.

J'ai également contribué à l'organisation, d'une soirée de réflexions sur le thème *Périnatalité et réseaux de santé de proximité*⁸⁷ qui s'est tenue le 5 décembre 2007 dans les locaux de l'A.A.F.P. Il est intéressant de constater que participants et invités sont impliqués dans la réflexion que mènent nos services d'aide à domicile sur la Périnatalité ; en effet, Michel Naiditch, Danielle Capgras-Baeron, le Docteur Michel Dugnat ont participé au Colloque National et interviennent sur le module de formation destiné aux T.I.S.F localement.

Enfin, notre implication auprès de l'unité mobile thérapeutique parents-bébé s'est concrétisée par la mise en place d'interventions de T.I.S.F auprès de deux jeunes mères adressées par la pédopsychiatre responsable. Les situations sont complexes ; l'une des jeunes femmes est schizophrène et présente des troubles de l'attachement à son bébé, la seconde a manifesté des signes de maltraitance à l'égard de son premier enfant aujourd'hui placé. Nous nous situons précisément sur des actions de prévention dans le cadre de la périnatalité. L'enjeu pour l'A.A.F.P est ici de taille puisque l'analyse des

⁸⁵ Extraits de la présentation de l'Unité MobileThérapeutique Parents-Bébé jointe en IX

⁸⁶ Projet d'actions de formations et de sensibilisation au travail en réseau des acteurs de la périnatalité à Marseille : Périnatalité psychique et prévention précoce en annexe X

⁸⁷ Programme en annexe XI

retombées de nos interventions et de notre participation au Réseau Périnatalité constituera le premier niveau d'évaluation de l'adaptation de notre offre de service aux nouveaux besoins des familles.

3.4 Evaluer et ajuster le projet

La pertinence, la cohérence et l'efficacité du projet ne peuvent être garanties par le directeur que s'il met en œuvre les outils permettant d'évaluer l'action entreprise. Je retiens pour ma part le concept de la « roue de Deming » comme pilotage d'une démarche qualité globale ; c'est la succession des étapes de planification, de réalisation, d'évaluation et d'amélioration qui conditionne l'adaptation permanente de la réponse apportée.

L'organisation de l'élaboration du projet de service et sa temporalité sont pour moi l'assurance d'un ajustement continu de notre offre de service aux besoins identifiés et aux attentes formulées ; les contributions des groupes de travail, les échanges avec les partenaires, les « temps de pause » en comité de pilotage sont garants d'une réalité d'implication, de fonctionnement et d'évaluation continue.

Pour autant, je propose d'évaluer plus précisément trois niveaux d'atteinte des objectifs : l'implication des équipes dans la mise en œuvre d'une nouvelle offre de service, l'inscription de l'A.A.F.P. au sein des dispositifs de périnatalité, la plus-value de nos interventions auprès de nos bénéficiaires.

C'est la conception de l'évaluation développée par F. Charleux et D. Guaquère⁸⁸ que je retiens ; celle d'un processus d'évaluation qualitative et pas seulement quantitative plutôt que la mise en place de procédures de contrôle.

3.4.1 S'assurer de l'implication des équipes

Parce que la mobilisation du personnel est facteur clé de leur engagement dans la mise en œuvre de notre offre de service, j'évaluerai l'implication des équipes tout au long de la phase d'élaboration du projet. Pour cela, je détermine une série d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Voici quelques items possibles d'indicateurs quantitatifs significatifs : le nombre de participants aux groupes de travail et le nombre de questions posées en réunion, le nombre de personnes volontaires à la participation au comité de pilotage, le nombre

⁸⁸ CHARLEUX F., GUAQUERE D., 2003, Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre, Issy-Les-Moulineaux : ESF, 246 p.

d'inscrits et de participants aux formations, le taux de participation à l'analyse des pratiques.

Parmi les indicateurs qualitatifs, je retiendrai le contenu des comptes rendus des groupes de travail, l'impact des différentes régulations sur les pratiques professionnelles et la force de proposition des salariés pour les formations thématiques.

L'analyse de ces différents indicateurs devrait me permettre de réajuster ma politique de communication interne si nécessaire et de revoir, le cas échéant, l'accompagnement au changement que je pilote.

3.4.2 Confirmer notre participation au Réseau Périnatalité

L'inscription de l'A.A.F.P dans les dispositifs de Périnatalité nécessite la mise en place d'une communication large et adaptée. Evaluer la diffusion et la compréhension de l'information concernant cette offre de service peut se repérer au travers là encore de critères quantitatifs et qualitatifs.

Pour les premiers, je retiendrai le nombre d'acteurs dans le partenariat et le nombre de familles orientées par le réseau. Dans le cadre de cette première évaluation, j'amènerai la question de la formalisation du réseau et du comment travailler ensemble.

Les indicateurs qualitatifs porteraient, par exemple, sur l'équilibre d'implication entre les différents acteurs du réseau et sur le retour fait de nos interventions. Ces informations nous permettraient de mesurer l'impact du partenariat auprès des usagers.

3.4.3 Garantir une offre de service adaptée aux besoins

La spécificité des interventions des T.I.S.F, qui les situe au cœur du système familial, oblige à une évaluation permanente de la situation familiale quasiment en temps réel ; l'adaptation et la réactivité sont le quotidien des professionnelles de l'A.A.F.P. Pour autant, j'ai choisi de mettre en place un outil d'analyse fine de l'observation et spécifique aux accompagnements périnataux que nous réalisons. Il s'agit d'une grille d'observation construite aux cours des premières formations sur la Périnatalité, conjointement par les professionnelles et les psychologues et pédopsychiatres intervenants sur ce module.

Les différents items de cette grille nous informent sur la fréquence et la nature des interactions corporelles, visuelles, vocales, affectives entre le parent et l'enfant. Analysée avec l'aide des intervenants précités, l'observation faite par la professionnelle lui permet de réajuster l'accompagnement proposé à la famille et le cas échéant de faire intervenir en complément le professionnel partenaire concerné. Il s'agit là d'une évaluation recherchant l'adéquation de la réponse à une situation donnée. La grille d'observation est jointe en annexe XII.

Concernant l'évaluation de l'efficacité de notre nouvelle offre de service, celle-ci doit s'envisager sur le long terme ; en effet, nous situant sur des actions de prévention, les résultats de l'accompagnement mis en place se repèreront au cours du développement de l'enfant. Les repères physiologiques tels que le poids et la taille de l'enfant mais aussi la survenue ou non de manifestations psychosomatiques (troubles du sommeil, troubles alimentaires...) seront des éléments essentiels de l'évaluation de la pertinence à situer nos interventions le plus en amont possible. Plus tard, l'accessibilité à la marche et au langage compléteront ces évaluations. L'accompagnement des T.I.S.F se situant sur l'interaction mère-enfant, l'observation de l'ouverture de la mère au monde extérieur et de sa socialisation sera un indicateur de l'accompagnement social qui se dégage de notre accompagnement ciblé sur la parentalité.

De plus, parce qu'assurer l'adaptation de notre offre de service passe, pour moi, par la mise en place de toutes les conditions nécessaires à l'expression de l'usager, je choisis de mettre en place un questionnaire de satisfaction qui sera travaillé en Commission Famille. L'objectif poursuivi est de pouvoir passer de l'observation des besoins à l'expression de la demande, condition première de la personnalisation de la prise en charge.

Enfin, toujours en veille dans le but de rejoindre les établissements et services relevant de la loi 2002.2, j'étudie actuellement l'ensemble des guides de Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, édités par l'Agence Nationale d'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux (ANESMS), dans le but de construire un référentiel qualité comme support du processus d'évaluation que je mets en place.

Conclusion 3^{ème} partie

Le processus de changement est enclenché et l'adaptation de notre offre de service engagée. Cependant, la démarche projet que je conduis et qui associe les différents acteurs de l'A.A.F.P. soulèvent encore des résistances ; ainsi, le changement doit être encore accompagné et la temporalité vraisemblablement revue afin de parvenir à la formalisation du projet.

Toutefois, parce que les besoins nouveaux et précis en terme d'accompagnement parental sont criants, j'ai actionné des premiers éléments de réponse ; la promotion des ressources humaines, la communication et le développement des partenariats sont en marche et nous permettent déjà de nous inscrire dans les dispositifs de périnatalité. Les premières évaluations de ces interventions m'encouragent à poursuivre dans cette voie.

Conclusion

L'évolution des besoins de notre population est liée aux transformations que connaît la famille aujourd'hui mais surtout à la précarisation grandissante des conditions de vie des familles populaires. Avec l'arrivée d'un enfant, les fragilités familiales peuvent entraver l'installation d'une relation parent/enfant suffisamment étayante pour le développement de l'enfant. C'est donc ce soutien spécifique que l'A.A.F.P doit repenser.

Afin d'adapter l'offre de service du SAAD que je dirige, ma réflexion s'est portée sur l'accompagnement de la naissance et plus largement sur l'accompagnement à la parentalité, qui introduit la nécessaire prévention périnatale. Je constate ainsi que nous sommes passés d'une transmission familiale spontanée du maternage à une interrogation institutionnalisée des compétences parentales. De ce fait, toutes les politiques de prévention, notamment en périnatalité, peuvent questionner quant à leurs intentions ; au profit de qui sont elles-mises en place : l'enfant, la famille, la société ?

En effet, la périnatalité se trouve au carrefour d'une visée éthique avec une position humaniste centrée sur la personne, d'une visée politique où l'objectif de bien-être des populations renvoie à l'amélioration de leurs conditions de vie et d'une visée scientifique d'utilisation des acquis des sciences humaines pour promouvoir le développement de l'enfant. La prévention primaire engage donc un double modèle, de société et de famille.

C'est cette réflexion qui m'engage dans un processus d'adaptation de l'offre de service, en tant que directrice d'un service d'action sociale qui doit contribuer à un projet de société meilleur, mais aussi en tant que personne, parce que je suis convaincue que le devenir de l'enfant, futur citoyen, est une responsabilité collective.

Animée de ces valeurs, je pense que la prise en compte de l'évolution des besoins peut alors permettre une amélioration du service, à condition que le changement soit accompagné et maîtrisé ; pour cela mes fonctions de directeur doivent rester en alerte, particulièrement celle d'expert, de veille sociale et de garant du projet.

Ainsi, je choisis d'inscrire ce service d'aide à domicile dans les dispositifs de périnatalité afin de participer à la mise en œuvre des politiques d'action sociale et plus précisément de protection de l'enfance, tout en gardant sa spécificité d'accompagnement global de la famille, tout en s'appuyant et valorisant les compétences parentales.

Pour cela, je me situe comme force de proposition auprès du Conseil d'Administration, comme levier de mobilisation des professionnelles, comme garante du service rendu aux usagers, comme acteur responsable vis à vis des organismes de tutelle, et comme partenaire innovant au sein d'un réseau.

L'adaptation aujourd'hui en marche n'est cependant que le point de départ d'une recherche d'amélioration continue de notre offre de service. En effet, nombreux sont les acteurs de l'action sociale et du monde médical à s'intéresser à la prévention à mettre en œuvre dans le champ de la périnatalité. Aussi, à l'échelle du département ou de la région, cherchant à mutualiser un mode d'interventions efficaces, je pourrai être amenée à formaliser précisément les partenariats ; le conventionnement ne pourrait-il pas alors s'ouvrir sur la mise en place d'un groupement de coopération, y compris avec d'autres services d'aide à domicile, afin d'assurer une couverture pertinente du territoire ?

Bibliographie

Ouvrages :

BAUDURET. JF., JAEGER. M., *Rénover l'action sociale et médico-sociale, histoire d'une refondation*, 2^{ème} éd., Paris : Dunod, 342 p

BECKERT JC., BRISSONNET C., LAPRIE B., MINANA B., 2004, *projet d'établissement, comment le concevoir et le formaliser*, Issy-Les-Moulineaux : ESF, 183 p.

BORGETTO M., LAFORE R., 2006, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 6^{ème} éd., Paris : Montchrestien, 687 p.

CAUSSE L., FOURNIER C., LABRUYERE C., 1998, *Les aides à domicile, des emplois en plein remue-ménage*, Paris : Syros

CHARLEUX F., GUAQUERE D., 2003, *Evaluation et qualité en action sociale et médico-sociale. Outils, méthodes et mise en œuvre*, Issy-Les-Moulineaux : ESF, 246 p.

DOLTO F., 1985, *La cause des enfants*, Paris : Robert Laffont, 603 p.

DUGNAT M., 2004, *Prévention précoce, parentalité et périnatalité*, Paris : Erès, 248 p.

GENELOT. D., 2001, *manager dans la complexité, réflexion à l'usage des dirigeants*, Paris : INSEP consulting, 357 p.

GUIDETTI M., LALLEMAND S., MOREL M.F., 2002, *Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui*, Paris : Armand Colin, 192 p.

HOUZEL D., 2003, *Les enjeux de la parentalité*, Paris : Erès, 200 p.

LEBOVICI S., 2001, *L'arbre de vie Eléments de psychopathologie du bébé*, 2^{ème} éd., Paris : Erès, 331 p.

LEFEVRE P., 2003, *Guide de la fonction directeur d'établissement dans les organisations et médico-sociales*, 2^{ème} éd., Paris : Dunod, 405 p.

NEYRAND G., 2004, *Préserver le lien parental / pour une prévention psychique précoce*, Paris : PUF, 276 p.

PISANI L., 1988, *Mère, enfant et entourage dans une communauté rurale africaine*

ROUSSEAU J.J., 2004, *Emile ou De l'éducation*, 6^{ème} éd., Paris : Flammarion, 636 p.

Articles, Rapports, Recherches :

ANAES, mai 2004 Recommandations pour la pratique clinique, service des recommandations professionnelles et de l'évaluation économique, *Sortie précoce après accouchement : Conditions pour proposer un retour précoce à domicile*, 145 p.

NEYRAND G., « La prévention précoce, une démarche paradoxale » ? *DIALOGUE*, 3^{ème} trimestre 2002.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007, « *Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant* », Guide Pratique Protection de l'enfance. 33 p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2007, « *Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent* », Guide Pratique Protection de l'enfance. 100 p.

« Où vit-on le mieux à Marseille », *L'express*, dossier du 25/04/2005.

« Hôpitaux et cliniques : une nécessaire restructuration », *Le monde*, article du 18/12/2007.

« Hôpitaux : une gestion à repenser », *Le monde*, article du 26/12/2007.

BRÉART G., PUECH F., ROZÉ J.C., 2004, *Vingt propositions pour une politique périnatale*, Rapport, Mission périnatalité.

« Le référentiel de compétences. Une nouvelle voie pour le CAFDES », *Direction*, juin 2000.

MIRAMON JM., « Promouvoir le changement », *Les Cahiers de l'Actif*, n°314-317, p.211 à 219.

Lois, décrets, ordonnances, arrêtés, circulaires :

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'aide et l'action sociale.

Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Code d'Action Sociale et des Familles, article L221-1-1.

Code d'Action Sociale et des Familles, article L.222-3.

Code d'Action Sociale et des Familles, article L.116-1.

Circulaire n° DHOS/DGS/O2/6 C/2005/300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité

Circulaire n° DHOS/01/03/CNAMTS/2006/151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité

Circulaire CNAF n°2006-135 du 8 novembre 2006 réformant l'aide au domicile des familles

Plan périnatalité, « *Humanité, proximité, sécurité, qualité* », 2005-2007

Dictionnaires et Encyclopédies

Dictionnaire de la langue française, 1986, Paris : Le Robert. 1584 p.

Sites Internet

<http://www.anesm.sante.gouv.fr>

[http : www//bouchesdurhone.caf.fr](http://www.bouchesdurhone.caf.fr)

<http://www.cg13.fr>

<http://www.cnaf.fr>

<http://www.insee.fr>

<http://www.legifrance.gouv>

<http://www.pasde0deconduite.ras.eu.org>

<http://www.rh-organisation>

Liste des annexes

Annexe I : Extraits du Guide Pratique Protection de l'enfance « <i>Intervenir à domicile pour la protection de l'enfant</i> ». Ministère de la Santé et des Solidarités en 2007.....	V
Annexe II : Extraits du Guide Pratique Protection de l'enfance « <i>Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent</i> ». Ministère de la Santé et des Solidarités en 2007	IX
Annexe III : Présentation du Collectif Pas de O de Conduite.....	X
Annexe IV : Extraits du Cahier des Charges National des Réseaux en Périnatalité.....	XIII
Annexe V : Extraits de la Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C N° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité présentant l'Entretien prénatal du 4 ^{ème} mois	XVI
Annexe VI : Fiche de Fonction T.I.S.F	XVIII
Annexe VII : Projet de Formation : la place de la T.I.S.F auprès du bébé et des parents	XX
Annexe VIII : Programme du Colloque Périnatalité du 8 décembre 2006.....	XXI
Annexe IX : Présentation Unité Mobile Thérapeutique Parents-Bébé	XXII
Annexe X : Projet d'actions de formations et de sensibilisation au travail en réseau des acteurs de la périnatalité à Marseille : Périnatalité psychique et prévention précoce	XXIII
Annexe XI : Invitation soirée du 5 décembre 2007.....	XXVI
Annexe XII : Grille d'observation Interactions Parent/Bébé	XXVIII

Annexe I

2. Les effets de la loi du 5 mars 2007 sur les interventions à domicile autres que celles introduites par la loi

Ce chapitre met l'accent sur les apports, au regard de la réforme, des dispositifs déjà existants en matière d'intervention à domicile.

Les enjeux se situent ici, d'une part, dans le renforcement de la prévention et, d'autre part, dans une meilleure articulation entre protection administrative et protection judiciaire.

Dans l'intérêt de l'enfant, il s'agit de privilégier toute action qui tend à prévenir la dégradation des situations familiales, et d'éviter le recours à la justice.

L'action des technicien(ne)s de l'intervention sociale et familiale⁽¹⁰⁾

L'action des TISF consiste à accompagner des familles rencontrant des difficultés éducatives et sociales qui perturbent leur vie quotidienne. Ils accomplissent un soutien de proximité au domicile des familles en vue de leur permettre de retrouver leur autonomie.

Leurs interventions s'inscrivent dans un large éventail, depuis l'accompagnement de la famille et le soutien à la parentalité proposés par les caisses d'allocations familiales jusqu'aux interventions de prévention des risques de danger pour l'enfant assurées au titre de l'aide sociale à l'enfance. Ces travailleurs sociaux concourent ainsi au maintien de l'enfant au domicile familial.

La réforme de la protection de l'enfance souligne l'importance d'intervenir le plus en amont possible des difficultés familiales. Les missions des TISF trouvent ainsi naturellement leur place dans le dispositif de protection de l'enfance.

> Les objectifs de l'action des TISF

Accompagner les parents dans leurs fonctions parentales dans les actes de la vie quotidienne

Il s'agit de donner ou redonner des repères élémentaires vis-à-vis de l'enfant dans des domaines aussi divers que la santé, l'hygiène, l'alimentation, la sécurité, l'éducation, la scolarisation, les loisirs, tout en respectant les choix éducatifs des parents quand ils ne sont pas contraires à la sécurité de l'enfant, tout en valorisant leur rôle de parents.

Les TISF épaulent les parents en valorisant leurs capacités : ainsi, les parents sont incités, par exemple, à s'impliquer dans le travail scolaire de leur enfant en participant aux devoirs, en le questionnant sur sa journée, en consultant les cahiers.

(10) Ne sont évoquées dans ce guide que les missions des TISF. Les auxiliaires de vie sociale interviennent également auprès des familles avec des objectifs spécifiques à leur qualification et des pratiques professionnelles comparables, notamment à la demande des CAF ou au titre de l'ASE.

Les TISF amènent les parents à aménager les meilleures conditions possibles pour les devoirs de l'enfant (lui réserver un espace, le préserver du bruit, préparer le goûter...).

Contribuer à l'identification des situations de risques pour l'enfant, tout particulièrement liés à la dégradation des conditions matérielles de vie, ou aux situations de conflits, ou à la détérioration des liens parent-enfant.

Favoriser l'insertion sociale ou l'intégration des familles dans leur environnement en les encourageant à fréquenter des lieux hors de leur domicile, à participer à des actions collectives dans leur quartier. Les TISF favorisent aussi le lien entre les parents et l'école en les encourageant à aller au devant des enseignants ; ils peuvent les accompagner, si besoin dans les premiers temps, provoquer des échanges à la sortie des classes, solliciter des rendez-vous.

Accompagner, à la demande du service de l'ASE, et en lien avec l'éducateur référent, la visite ou le retour d'un enfant placé à son domicile familial

> Les modalités d'intervention des TISF

L'évaluation préalable de la situation familiale est effectuée :

- par le service d'aide à domicile lorsque la demande émane des parents directement ou qu'il s'agit d'une demande à la suite d'une prescription médicale ;
- par un travailleur social, ou conjointement avec le service d'aide à domicile missionné par le service de l'aide sociale à l'enfance.

Les objectifs de l'intervention sont déterminés avec les parents. Ils s'inscrivent dans le projet pour l'enfant⁽¹¹⁾, qui doit être formalisé.

L'évaluation en cours et en fin d'intervention

Des évaluations sont réalisées à intervalles réguliers avec les parents, en associant tous les professionnels impliqués auprès de la famille. Elles sont transmises au prescripteur. S'il y a lieu, les objectifs sont réajustés en fonction de l'évolution de la situation.

(11) Introduit par l'article 19 de la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance.

Une évaluation est établie en fin d'intervention. Elle propose soit :

- l'arrêt de l'intervention ;
- le renouvellement de l'intervention d'un(e) TISF pour une durée déterminée ;
- l'orientation vers une autre action éducative (AED, AESF...);
- des mesures combinées (par exemple : TISF et AED) ;
- une information à la cellule départementale si les éléments de danger ou de risque de danger la justifie.

Si les interventions des TISF ont été demandées par le service de l'aide sociale à l'enfance, elles doivent donner lieu à des rapports réguliers qui lui sont adressés.

L'organisation de l'accompagnement par les TISF

À la différence d'autres intervenants sociaux ou médico-sociaux, les TISF interviennent pour des durées assez longues, par séquences de deux à quatre heures par jour, parfois la journée entière dans des situations spécifiques. Cependant, leurs interventions peuvent être plus courtes, par exemple pour aider à préparer l'enfant à l'école. Ces prestations peuvent toutefois se renforcer lors des vacances scolaires ou d'événement particuliers (rentrée scolaire...).

Les interventions se réalisent majoritairement au domicile et en présence de la famille, dans leur cadre de vie quotidien.

> Les axes principaux de travail avec les familles

Les activités de la vie quotidienne constituent le support privilégié de l'intervention des TISF pour écouter, aider, motiver, proposer des bases et des références pour les parents et les enfants.

Le travail avec les parents

Les TISF s'appuient sur les compétences, les motivations et les acquis des parents. Ils contribuent ainsi au maintien du lien parents-enfant.

Ils s'appuient sur les ressources familiales en tenant compte du contexte.

Lorsque les parents ne peuvent ou sont réticents à s'associer au travail d'accompagnement scolaire de leur enfant, les TISF doivent prévoir un autre temps pour travailler avec les parents, en dehors de la présence des enfants, pour échanger et discuter avec eux, pour identifier ce qui les préoccupe et tenter de les aider.

Le travail avec l'enfant

Les TISF réalisent avec l'enfant un travail pédagogique en favorisant, chaque fois que possible, la place des parents auprès de lui. Ils privilégient l'écoute et le temps d'expression de l'enfant, visent son autonomie et la confiance en lui, proposent les meilleures conditions possibles de développement, d'éveil, de socialisation.

L'accompagnement vers l'insertion sociale et l'intégration

Cet accompagnement est assuré sous forme d'actions individuelles ou collectives :

- un accompagnement individualisé pour faciliter la mise en relation avec des institutions (écoles, lieux de soins, bailleurs sociaux, mairie, caisse d'allocations familiales, commerces, etc.) ou pour favoriser l'insertion sociale (transports en commun, sorties familiales, etc.) ;
- l'intervention peut aussi se réaliser sous forme d'actions collectives regroupant des personnes ou des familles sur des problématiques communes et permettant des échanges, des partages d'expériences (des groupes de paroles, ateliers sorties, groupes parents enfants, etc.).

Ces actions sont menées, soit par le service d'aide à domicile seul, soit en partenariat avec d'autres services.

Information et accompagnement des familles

Il s'agit de développer des actions d'information des parents sur les services les plus à même de répondre à leurs besoins et de les accompagner, s'ils le souhaitent, dans leurs premières démarches auprès de ces services.

Articulation avec d'autres professionnels intervenant auprès des familles

Les TISF peuvent intervenir, selon les situations, en liaison avec :

- les services sociaux de secteur ou spécialisés ;
- les établissements scolaires, lieux d'accueil de jeunes enfants ;
- les services médicaux et médico-sociaux (PMI, médecins, CMPP...);
- le service de l'aide sociale à l'enfance ;
- les associations de proximité (aide aux devoirs, cours d'alphabétisation...);
- tout service ou établissement intervenant sous mandat judiciaire, au titre de l'assistance éducative ou de l'enfance délinquante.

2. La prévention périnatale

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

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

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

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

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

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

La grossesse

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

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

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

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

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

Annexe III

Le Collectif
**PAS DE 0 DE CONDUITE
POUR
LES ENFANTS DE 3 ANS !**

Pas de 0 de conduite

Communiqué de presse du 11 décembre 2006

"Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" : le débat scientifique et de société a porté ses fruits

L'Inserm vient d'annoncer une refonte de ses méthodes d'expertises dans le domaine de la santé psychique. Le débat scientifique et de société impulsé par "Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" a donc porté ses fruits.

Face à l'ampleur du mouvement, le ministre de la santé avait chargé l'INSERM d'organiser un colloque. Celui-ci, intitulé « Trouble des conduites : de la clinique à la recherche », s'est tenu le 14 novembre dernier à Paris. **L'Inserm y a fait son "mea culpa"**. Dans sa conclusion, le porte parole de l'Inserm a annoncé que les méthodes de travail des expertises Inserm dans le domaine psychique seront revues. Il y aura, notamment, prise en compte de la diversité des approches épistémologiques et pratiques, comme de l'expérience des acteurs de terrain et de l'apport des sciences humaines et sociales concernées par les problématiques considérées. "La multidisciplinarité est une condition d'une démarche éthique et scientifique", a considéré Jean-Claude Ameisen, président du comité d'éthique de l'Inserm. Jean Marie Danion, professeur de psychiatrie à Strasbourg, directeur de l'unité Inserm 666 et porte parole de l'Institut précise : "Désormais lorsqu'une expertise aura de fortes implications sociétales, comme celle-là, nous demanderons aux professionnels de terrain de nous faire des propositions sur les noms d'experts à consulter. Puis, à l'issue de ce travail, mais avant sa publication, nos interlocuteurs y auront à nouveau accès, afin de ne pas donner l'impression d'un texte détenteur d'une réalité intangible. Il nous faut également rejeter toute approche sécuritaire, en étant d'une vigilance sans faille vis-à-vis des risques de récupération politique".

Il aura fallu un an de travail et d'action du collectif "Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" pour aboutir à cette prise de conscience.

Fin 2005, l'Inserm publiait une expertise sur le « trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent ». Elle établissait une corrélation abusive entre des difficultés psychiques de l'enfant et une évolution vers la délinquance. Elle préconisait le dépistage de ce qui était appelé « trouble des conduites » chez l'enfant dès le plus jeune âge. Au même moment, un plan gouvernemental de prévention de la délinquance apparaissait. Il prônait notamment une détection très précoce des « troubles comportementaux » chez l'enfant, censés annoncer un parcours vers la délinquance.

Janvier 2006, l'appel « Pas de 0 de conduite pour les enfants de trois ans » était lancé. Il s'élevait contre les risques de dérives des pratiques de soins, notamment psychiques, vers des fins normatives et de contrôle social. Il refusait la médicalisation ou la psychiatriation de toute manifestation de mal-être social. Il engageait à préserver, dans les pratiques professionnelles et sociales, la pluralité des approches dans les domaines médical, psychologique, social, éducatif... vis-à-vis des difficultés des enfants en prenant en compte la singularité de chacun au sein de son environnement. Il appelait à un débat démocratique sur la prévention, la protection et les soins prodigués aux enfants.

L'appel était très vite porté par près de 200 000 signataires. Le débat scientifique et de société prenait alors une ampleur sans précédent, témoignant massivement d'un double refus :

- refus d'une prévention prédictive, du déterminisme et du conditionnement : à trois ans, tout n'est pas joué ;
- refus de voir la politique de sécurité s'emparer, à travers un projet de loi sur la prévention de la délinquance, des domaines qui relèvent de la politique de santé, notamment de ce qui a trait au dépistage précoce dans la sphère psychique.

Juin 2006, "Pas de 0 de conduite" publie son premier ouvrage et organise un débat national poursuivant la critique du rapport Inserm et dénonçant sa récupération politique(1).

Le gouvernement annonce alors le retrait de l'article sur le dépistage précoce du projet de loi prévention de la délinquance et renonce à l'idée d'un carnet de comportement dès la maternelle. Le dépistage précoce d'un trouble psychique chez les tous petits est déconnecté de la législation sur la délinquance.

Dans le même temps, la validité scientifique de l'expertise de l'Inserm est de plus en plus contestée par l'immense majorité des professionnels concernés, par de très nombreux chercheurs et par de larges secteurs de l'opinion publique et des familles. Notamment, la pertinence de la notion même de "trouble des conduites".

Lors du colloque Inserm du 14 novembre 2006, devant le ministre de la santé et le directeur de l'Inserm, c'est quasiment à une contre-expertise collective sur la question du dépistage des troubles des conduites de l'enfant que se sont livrés tous les grands noms de la pédopsychiatrie française, et des pédiatres, psychologues, sociologues, épidémiologistes... (cf. le programme et la liste des intervenants du colloque sur le site de *Pasde0deconduite*). Xavier Bertrand, ministre de la santé, a déclaré : "C'est la souffrance de l'enfant qu'il faut s'attacher à traiter". Il a plaidé pour un dépistage précoce, mais estimé que "toute association systématique entre troubles du comportement et délinquance est infondée". Regroupant les professionnels de la pédopsychiatrie, de la psychologie, de la santé et de la petite enfance, des chercheurs et des familles, ce colloque a dégagé un rejet quasi unanime à l'égard des préconisations de dépistage précoce de la délinquance, d'un dépistage centré sur les seuls symptômes visibles, d'un contrôle des familles et d'une approche sécuritaire des difficultés de santé. Tous les professionnels se sont accordés sur la nécessité d'une prévention globale des troubles, dans le respect de l'humanité et de la singularité de l'enfant comme de sa famille. Ils ont mis en valeur la notion

d'accompagnement. Aujourd'hui, un demi-million d'enfants sont suivis en psychiatrie publique, autant en CMPP (consultation médico-psycho-pédagogique) et en libéral. Mais tous s'accordent pour déplorer les listes d'attente interminables et le manque de moyens pour démarrer une prise en charge, une fois les premiers troubles détectés.

Ainsi, en moins d'un an, toutes les énergies mobilisées autour de *Pasde0deconduite* auront permis d'obtenir un double succès, sur le plan des enjeux scientifiques et de société, mais aussi sur celui des pratiques professionnelles de prévention dans le champ de la santé et de la petite enfance.

Les près de 200 000 signataires de l'appel *Pasde0deconduite* restent mobilisés, à l'heure où les fondements du secret professionnel, gage de l'efficacité et de l'éthique des pratiques de prévention, sont remis en cause par le projet de loi de prévention de la délinquance. Son article 5 prévoit toujours une mesure de levée obligatoire du secret professionnel dans le cas de personnes « présentant des difficultés sociales, éducatives ou matérielles » au profit du maire de la commune.

Le collectif *Pasde0deconduite* saura dénoncer les initiatives de fichage d'enfants en difficulté, dont la presse s'est fait l'écho, et qui pervertissent les pratiques de prévention. **Il saura aussi rester vigilant** sur les contenus et l'éthique des productions scientifiques et des rapports officiels dans le domaine de la santé psychique de l'enfant et de la prévention.

Le deuxième ouvrage collectif de *Pasde0deconduite* vient de paraître, il rend compte de l'ensemble de ces enjeux, présentés lors du colloque que le collectif a organisé le 17 juin 2006(2).

Nous avons bien avancé, mais l'action et la vigilance sont de mise : d'autres rapports, d'autres lois concernant nos enfants sont en cours...

(1) "Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans" édité chez Erès en juin 2006

(2) Actes du colloque *pasde0deconduite* du 17/06/2006, disponibles auprès de la Société française de santé publique SFSP-BP7 54501 Vandoeuvre-lès-Nancy cedex <http://www.sfsp.info>

www.pasde0deconduite.ras.eu.org - contact@pasde0deconduite.ras.eu.org

Cahier des charges national des réseaux en périnatalité

INTRODUCTION

La population concernée :

La périnatalité concerne les femmes enceintes, quelle que soit l'issue de leur grossesse, leur conjoint, le nouveau-né durant la période périnatale et tout au long d'un suivi plus prolongé en cas de vulnérabilité repérée ou suspectée.

Données épidémiologiques

On compte près de 800 000 naissances par an. Durant les 30 dernières années, la mortalité périnatale est passée de 35 à 6,5 décès pour 1000 naissances et la mortalité maternelle de 25 à 9 décès pour 100 000 naissances.

Les objectifs à atteindre

La loi relative à la politique de santé publique fixe pour 2008 l'objectif suivant : réduire la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000.

Le plan périnatalité prévoit quant à lui la couverture de l'ensemble du territoire par des réseaux de périnatalité. Ceci implique que chaque maternité devra appartenir à terme à un réseau de santé en périnatalité.

Au travers du développement des réseaux de santé en périnatalité, l'objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés et d'assurer une égale accessibilité à une offre de soins en périnatalité mieux connue et décloisonnée. Le réseau, en organisant la coordination et les relais nécessaires entre tous les acteurs à tous les stades de suivi et de prise en charge, assure la continuité et la traçabilité de la trajectoire de la mère et de l'enfant.

Il permet en outre d'optimiser les prises en charge notamment en permettant d'en raccourcir les délais. La prise en charge dans le cadre d'un réseau aidera également, le cas échéant, les parents en situation de vulnérabilité à construire des liens avec leur enfant.

Tout cela doit permettre de favoriser la diminution de la mortalité et morbidité maternelle et infantile, la diminution de l'incidence de la prématurité, la diminution de l'incidence du handicap chez les enfants.

Données actuelles et perspectives sur les réseaux en périnatalité

Il existe actuellement une quarantaine de réseaux de périnatalité financés sur la DNDR par les ARH et les URCAM.

La majorité de ces réseaux, issus de la mise en œuvre des décrets de 1998 (graduation des niveaux de maternité), sont des réseaux inter établissements sans ouverture à la ville pour la plupart d'entre eux ou des réseaux de santé de proximité éventuellement mis en place autour d'une problématique particulière sur un territoire donné (prise en charge des nouveau-nés, prise en charge de la population précaire, communautés périnatales ...)

Il est essentiel que des liens s'organisent, tant avec la ville et le secteur libéral qu'avec les réseaux déjà mis en place. Ceci constitue un enjeu majeur pour l'évolution des réseaux afin de renforcer la continuité et la qualité des prises en charge entre le public et le privé, la ville et l'hôpital, les champs sanitaire, médico-social et social.

I- DEFINITION, MISSIONS ET ORGANISATION

I. 1: Les missions générales des réseaux en périnatalité

Ces missions sont multiples et concourent toutes à améliorer la qualité des prises en charge en proposant au patient un réseau gradué de compétences de proximité. Elles sont en cohérence avec les textes normatifs relatifs aux réseaux de santé.

- Permettre une prise en charge globale (dépistage et prise en charge précoce, accès aux soins, suivi et prise en charge psycho-social et social si nécessaire et en lien avec les services sociaux de proximité)
- Assurer une prise en charge continue quelque soit le lieu de prise en charge (pas de rupture hôpital/domicile)
- Favoriser par conséquent les collaborations professionnelles en coordonnant les interventions de tous les acteurs dans le respect du choix des usagers
- Informer et accompagner les futurs parents
- Assurer des formations interdisciplinaires pour l'ensemble des professionnels impliqués
- Organiser et assurer le partage de l'information (données médicales, sociales et psychologiques)
- Evaluer les pratiques et la valeur ajoutée du travail en réseau
- Recueillir et transmettre des données épidémiologiques participant ainsi à la politique générale de santé publique en périnatalité

Le champ d'intervention des réseaux en périnatalité couvre le suivi de toute grossesse normale ou pathologique en amont et en aval de la prise en charge à la naissance, ainsi que le suivi des nouveau-nés durant la période périnatale et au cours d'un suivi plus prolongé pour les nouveau-nés vulnérables.

En complémentarité avec le rôle du médecin traitant, notamment dans le champ de la prévention, la prise en charge est adaptée en fonction des risques identifiés pour la mère et l'enfant, et en respectant le choix des familles. De ce fait, l'organisation des transferts in utero et périnataux adaptés aux risques fœtal et obstétrical se fait en lien avec les réseaux.

Le réseau favorise également un accompagnement global de la mère (et du père) et de l'enfant dès le début de la grossesse : organisation de l'accompagnement médico-psychosocial de la grossesse, repérage et prise en charge des vulnérabilités psychosociales en amont et suivi à long terme du nouveau-né présentant notamment une vulnérabilité d'origine périnatale et susceptible de développer un handicap.

I.2 : Le lien avec le SROS périnatalité et le SROS de l'enfant et de l'adolescent

L'organisation des soins en périnatalité est définie par le SROS. Le SROS peut susciter la mise en place de réseaux de périnatalité.

Quand ils existent, les réseaux apportent une contribution de terrain aux réflexions sur l'élaboration du volet Périnatalité du SROS.

La participation des réseaux, en tant que de besoin, aux différentes réunions relatives à l'élaboration du SROS périnatalité et du SROS pour la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent, est favorisée afin d'assurer la cohérence de l'ensemble des mesures envisagées.

La CRN travaille par ailleurs en lien étroit avec la commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents.

I.3 : Les acteurs du réseau de santé en périnatalité

Les professionnels concernés

les acteurs de santé

Sages-femmes libérales, territoriales (PMI), exerçant en établissements de santé publics ou privés

Gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux libéraux, hospitaliers

Anesthésistes réanimateurs, SMUR, SAMU, SAMU social, urgentistes

Pédiatres libéraux, hospitaliers en particulier néonatalogues, de PMI

Médecins généralistes

Diététiciennes

Médecins de rééducation fonctionnelle
Radiologues et échographistes
Biologistes, généticiens et foeto-pathologistes
Puéricultrices, auxiliaires de puériculture, assistantes sociales, kinésithérapeutes,
Psychologues, psychiatres, pédopsychiatres
Consultants en addictologie

Les acteurs sociaux

services d'aide au domicile en particulier technicienne en intervention sociale et familiale
services sociaux et travailleurs sociaux

Les structures :

-établissements de santé publics et privés dont CPP, hôpital local, CAMSP, HAD, ,
-Services médico-sociaux départementaux : PMI, ASE, services sociaux polyvalents départementaux,
centres de planification familiale
-Etablissements sociaux : centres maternels, CHRS

Ces différents intervenants peuvent être, selon leur degré d'implication dans la prise en charge en périnatalité, membres adhérents du réseau ou membres associés

Les usagers

Les associations généralistes ou ciblées sur une problématique spécifique (associations caritatives, associations liées au VIH, associations de soutien à la parentalité, associations de soutien à l'allaitement,)

Le rôle respectif de ces différents acteurs dans la prise en charge de la grossesse et du suivi des nouveau-nés dépend des besoins des femmes et de leur nouveau-né et peut varier en fonction d'un état des lieux des ressources en présence sur le territoire considéré.

Le réseau doit permettre la mise en valeur des ressources existantes et notamment du médecin traitant et favoriser la reconnaissance des rôles des différents acteurs médico-psycho-sociaux impliqués dans la périnatalité.

Les problèmes de démographie médicale et pédiatrique en particulier nécessitent une adaptation des organisations et des solutions proposées afin d'assurer la présence médicale préconisée par les décrets de 1998.

L'organisation des soins

Le réseau détaillera son organisation concernant la graduation des prises en charge, notamment l'offre de soins proposée pour les grossesses « à bas risque », et la répartition proposée pour l'accueil dans les maternités de niveaux 2 et 3, en détaillant les indications du lieu de suivi en fonction des problèmes recensés.

Les maternités de niveau 2 et 3 ont aussi un rôle d'offre de soins de proximité pour les grossesses à « bas risque ».

Les modalités de coordination des différents acteurs :

La coordination au sein du réseau est assurée par une équipe opérationnelle médico-administrative - tandem professionnel de santé/personnel administratif- afin d'assurer, le bon fonctionnement pluridisciplinaire du réseau, la coordination médicale nécessaire et la gestion du réseau.

Lorsqu'un comité de pilotage est identifié au sein du réseau de santé en périnatalité, il est proposé qu'il comprenne notamment un médecin de PMI ou une sage-femme territoriale afin de coordonner l'action du réseau avec les structures départementales de PMI.

Le réseau définit les modalités de coordination pluridisciplinaire choisies et les formalise au sein de la charte du réseau, afin de permettre à tout moment et à tout professionnel suivant une femme enceinte et appartenant au réseau de contacter un référent dans une maternité de niveau 2 ou 3 si nécessaire.

Annexe V

FICHE 1 L'entretien prénatal du 4e mois

Nous développons la part qui paraît indispensable à une prévention des troubles de la relation parents-enfant et des dépressions parentales.

Les objectifs

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

Permettre aux parents d'exprimer leurs attentes, leur projet de naissance, leurs questions, leurs craintes éventuelles : reprendre avec eux là où ils en sont du suivi médical (médico-social) et leurs antécédents médicaux dans leur aspect émotionnel explorer avec eux les points d'appui existants en se centrant sur la venue de l'enfant (ce qui n'est pas intrusif).

Entourage personnel.

Environnement professionnel (confiance ? perception des liens interprofessionnels selon les cas ?...).

Respecter et activer le réseau de proximité s'il existe et si cela a un sens pour le couple (médecin généraliste, pédiatre, autres selon les antécédents).

Aider à anticiper une continuité d'intervention de manière personnalisée.

Evoquer la possibilité d'autres acteurs en fonction des besoins exprimés, mais sans les introduire trop vite et après avoir consolidé les premiers liens.

Soutenir en direct la place des autres professionnels dans les cas difficiles.

Un état d'esprit :

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

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

La confidentialité garantit la confiance des parents les plus vulnérables en particulier lorsque existe des problèmes affectifs ou des conduites culpabilisantes (toxicomanie, alcool etc.).

La rigueur dans les transmissions d'information concernant l'intimité (conditions de vie, éléments relationnels...), ce qui obéit à des principes à acquérir.

L'engagement relationnel auprès des femmes enceintes les plus en souffrance : rappeler, intensifier le suivi, etc.

Les conditions nécessaires à un bon exercice

Avoir bénéficié de formations adéquates, en particulier des formations en réseau donnant une bonne connaissance des divers acteurs (médical, social, psychiatrique, public et privé) : leurs besoins, leurs contraintes...

Avoir acquis la sécurité suffisante pour organiser la diversité des places professionnelles (ouvrir les relais, ne pas tout faire soi-même etc...).

Adhérer au réseau périnatal régional s'il existe, pour accélérer la connaissance mutuelle et pouvoir rendre compte aux moments utiles.

Etre soutenu par une reprise régulière avec un psychologue/psychiatre pour les cas difficiles.

Démarrer sur un terrain de manière expérimentale, avec quelques professionnels déjà sensibilisés et formés, pour valider une manière de faire, s'assurer de l'évolution par des retours d'information...

Evaluer à un ou deux ans par des questionnaires de satisfaction des familles et des acteurs concernés.

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

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

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

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

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

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

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

Technicien(ne) d'Intervention Sociale et Familiale au domicile des familles

Fonction	Accompagnement ponctuel dans les fonctions parentales, sociales et éducatives, des familles fragilisées (naissance multiple, handicap, hospitalisation, décès, carences éducatives, exclusion...)
Références Réglementaires	<ul style="list-style-type: none"> * Code de l'Action Sociale et des Familles (articles R.451-1 à R.451-4-3 et D.451-81 à D.451-87) * Décret n°2006-250 du 1er mars 2006 relatif au diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale * Annexe 1 "Référentiel professionnel" de l'arrêté du 25 avril 2006 relatif au diplôme d'Etat de Technicien de l'Intervention Sociale * Convention Collective des Travailleuses Familiales du 2 mars 1970 * Accord de Branche du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations modifié par l'avenant n°1 du 4 décembre 2002

Missions	Activités	Tâches	Compétences
<u>Réalisation des actes de la vie quotidienne</u>	Réaliser en suppléance les actes de la vie quotidienne	<p>Réaliser les achats alimentaires et préparer les repas</p> <p>Elaborer des menus dans le respect des équilibres nutritionnels, des cultures et habitudes de vie, de l'âge ou de l'état de santé</p> <p>Entretien le cadre de vie Entretien le linge et les vêtements</p>	<p>Connaissance en diététique et en cuisine</p> <p>Savoir s'adapter aux différentes cultures et modes de vie</p> <p>Connaissance des techniques ménagères</p>
	S'assurer du respect de l'hygiène	<p>Prévenir et corriger les effets liés au manque d'hygiène</p> <p>Agir pour la préservation de la santé</p>	<p>Connaître les règles d'hygiène</p>
	Favoriser la sécurité des usagers	<p>Surveiller dans le but de prévenir les accidents domestiques</p> <p>Aménager l'espace dans un but de confort et de sécurité</p>	<p>Savoir repérer les sources de danger et d'insalubrité, et savoir proposer des solutions préventives</p>
<u>Transmission des savoirs et des techniques nécessaires à la réalisation des activités de la vie quotidienne</u>	Mettre en œuvre un programme progressif d'apprentissage	<p>Mettre en œuvre une intervention éducative en utilisant des méthodes et des techniques pédagogiques adaptées</p>	<p>Savoir mobiliser les potentialités de la personne, et valoriser ses acquis</p> <p>Savoir transmettre à la personne la capacité d'évaluer elle-même ses réussites et ses besoins</p>
	Permettre l'appropriation du cadre de vie	<p>Faire des propositions de personnalisation de l'habitat</p>	<p>Savoir proposer des solutions pour l'aménagement et l'équipement du logement, ou sa réorganisation</p>
	Conseiller sur la gestion du budget	<p>Conseiller sur les achats courants</p> <p>Elaborer avec la famille le budget familial</p>	<p>Connaître les principes de base de la gestion d'un budget quotidien</p> <p>Savoir identifier les situations à risque de surendettement</p>
<u>Contribution au développement de la dynamique familiale</u>	Aider et soutenir la fonction parentale	<p>Informers les enfants et les parents sur leurs droits et leurs devoirs</p> <p>Repérer les potentialités et les capacités du</p>	<p>Connaître les grandes orientations des politiques familiales et de la politique de l'enfance</p> <p>Etre en capacité d'informer les membres du groupe familial sur leurs droits et leurs devoirs vis-à-vis des enfants et de la société</p> <p>Savoir s'appuyer sur les personnes</p>

<u>Contribution au développement de la dynamique familiale</u>		<p>groupe familial</p> <p>Apprendre aux parents à prendre soin du nourrisson</p> <p>Permettre aux parents de favoriser le développement global de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>Participer à l'éducation et la socialisation de l'enfant ou de l'adolescent</p> <p>Proposer des activités propres au développement de l'enfant</p> <p>Participer au soutien scolaire</p>	<p>ressources au sein de la famille</p> <p>Connaître les besoins du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent</p> <p>Savoir repérer les signes de carence ou de retard dans le développement des enfants ou des adolescents</p> <p>Savoir repérer les difficultés scolaires des enfants et adolescents</p>
	Accompagner la cellule familiale dans des situations de modifications importantes de la vie, de rupture ou de traumatisme familial	<p>Proposer à la famille des modalités d'action adaptées à la nouvelle situation</p> <p>Accompagner les différents membres de la famille dans leur recherche d'un nouvel équilibre de vie</p> <p>Participer à l'accompagnement des personnes en fin de vie et soutenir les autres membres du foyer dans la période qui suit le décès</p>	<p>Savoir repérer les conséquences d'une nouvelle situation familiale pour chacun des membres de la famille</p> <p>Savoir repérer les difficultés que peut rencontrer la cellule familiale lors de l'arrivée d'un enfant au foyer</p> <p>Pouvoir aider la famille à envisager et préparer la période qui suit le décès</p>
	Agir dans des situations de maltraitance	<p>Alerter sur les mesures de protection juridique des personnes vulnérables</p> <p>Alerter sur les situations de violence familiale ou de maltraitance et mettre en lien avec les institutions concourant à la protection de l'enfance ou de l'adulte</p>	<p>Connaître les grandes orientations des politiques en matière de majeurs protégés et de protection de l'enfance</p> <p>Connaître les dispositifs de lutte contre la maltraitance</p> <p>Repérer les dynamiques intra-familiales</p>
<u>Accompagnement social vers l'insertion</u>	Informier et orienter vers des services adaptés	<p>Rappeler (et donner des repères) sur les lois et les règles sociales permettant à la personne ou au groupe de s'y inscrire en tant que citoyen</p>	<p>Connaître les droits et libertés fondamentales des adultes</p> <p>Connaître les équipements et les services de proximité auxquels les personnes peuvent faire appel</p> <p>Connaître les prestations et aides financières éventuelles et les conditions générales de leur utilisation</p> <p>Connaissance des techniques ménagères</p>
	Accompagner les personnes dans leurs démarches	<p>Faire émerger, élaborer et suivre les projets personnels ou professionnels</p>	<p>Savoir identifier les critères inhérents à la faisabilité du projet des personnes</p>
	Assurer une médiation	<p>Identifier les modes de communication des relations familiales, intergénérationnelles et des relations interculturelles</p> <p>Faciliter l'expression et les échanges entre personnes et entre personnes et institutions</p>	<p>Connaître les principes généraux de la communication interpersonnelle</p> <p>Savoir utiliser les techniques de gestion des conflits</p>
	Participer à la conception et à la mise en œuvre d'actions collectives	<p>Participer à l'élaboration ou initier des actions collectives</p> <p>Mobiliser les personnes</p> <p>Evaluer l'action collective</p>	<p>Savoir repérer une problématique commune à un groupe et la traduire en projet d'action</p> <p>Connaître les techniques d'organisation et d'animation de groupe</p>

Annexe VII

FORMATION

PERINATALITE : LA PLACE DE LA TISF AUPRES DU BEBE ET DES PARENTS.

Document pour la C R F/ P A C A
En prévision de la formation.

Nous avons peut-être oublié le rôle initial de la TISF, la majorité de nos interventions sont souvent orientées sur des situations familiales en grande difficulté sociale et économique, mais il y a aussi les grossesses et les naissances où les parents et le bébé sont en difficulté.

La grossesse et la naissance ne sont pas des maladies, mais parfois une grossesse est pathologique, une naissance est prématurée, des mamans sont en difficulté psychique ou dépendantes.

Le travail en périnatalité n'est pas sans connaissance d'observation, de soutien et d'accompagnement auprès du bébé, de la mère et du père.

La T I S F a une place à reprendre dans cette période importante pour le développement du fœtus et du bébé et dans la relation parents/enfant. Elle peut avoir un rôle important de prévention des troubles de la relation.

Il faudrait travailler pendant la formation sur :

La définition du mot Périnatalité.

- La place de la TISF en Périnatalité.
- L'observation peut-elle faire auprès du bébé sans confondre son rôle avec d'autres professionnelles.
- L'accompagnement par la TISF auprès des parents pendant l'hospitalisation et au retour du nourrisson Prématuré.
- La prise en compte des interventions auprès de maman présentation des troubles psychiques sévères dans une demande de prise en charge TISF par un service psychiatrique (exemple Unité parents-bébé)
- Les mots pour parler et comprendre sans la banaliser de la dépression post-partum.
- L'accompagnement et l'aide que la TISF apporte à la mère et /ou au père n'est pas celle que nous avons habituellement :
Ceci est lié à l'observation et à la capacité de retrait et d'action de la professionnelle dans le faire avec la maman.
Définition de l'attachement parents/ enfant (dans les deux sens).
Cette action des TISF dans la Périnatalité et Parentalité doit participer avec le réseau périnatal d'assurer à l'enfant les meilleures conditions pour un bon développement et à optimiser la relation précoce Parents/ enfant en connaissant les carences ou des difficultés Sociales.
- Une meilleure connaissance des pratiques des professions du réseau (comprendre leur fonctionnement, découvrir leur vocabulaire...)

La définition des mots partenariat et réseau.

(Le Service et la TISF peuvent avoir avec la sage-femme de la DISS ou libérale, la maternité, la PMI, le service de Néonatalogie ou les services Psychiatriques et Unité Parent Bébé) des relations approfondies de collaboration respectueuse de la place de chacun.

Tout ce travail d'observation sur le bien-être et la souffrance des nourrissons est important dans cette formation.



Programme du colloque

Table Ronde n°1

Quels sont les enjeux de santé publique ?

- ▶ **Témoignages audiovisuels,**
- ▶ **Anne DUSART,**
Membre du Collectif Inter Associatif autour de la Naissance
Le point de vue des associations d'usagers
- ▶ **Docteur Michel DUGNAT,**
Pédopsychiatre - Président de la commission régionale de la naissance en PACA
Qualité du parcours de soin et enjeux des soins psychiques en périnatalité
- ▶ **Béatrice JACQUES,**
Maître de conférence à l'Université Bordeaux II, chercheur au LAPSAC
La transmission intergénérationnelle mise à mal par la médicalisation de l'expérience maternelle
- ▶ **Professeur Claude LEJEUNE,**
Médecin-chef du service de néonatalogie de l'hôpital L. Mourier de Colombes (92)
Professeur des Universités Paris VII
Principaux risques dans le premier mois après la sortie de la maternité

Table Ronde n°2

Quels sont les enjeux économiques ?

- ▶ **Michel NAIDITCH,**
Médecin de santé publique
Maître de conférence à l'Université Paris VII
Quelles contraintes les professionnels doivent-ils surmonter pour organiser de façon optimale les sorties précoces de maternité ?

8

- ▶ **Sylvie LE CHEVILLER,**
Direction de l'action sociale de la Caisse Nationale des Allocations Familiales
L'implication de la CNAF dans l'accompagnement à leur domicile des jeunes parents et de leurs bébés
- ▶ **Fabienne VINCENT,**
Responsable du secteur initiatives sociales à la Mutualité Française
Les engagements d'un groupe mutualistes dans la prévention et l'accompagnement des familles
- ▶ **Laurence NIVET,**
Représentant la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation Sanitaire
La mise en place du plan de la périnatalité

Table Ronde n°3

Quel accompagnement à domicile ?

- ▶ **Témoignages audiovisuels,**
- ▶ **Dr Jacques DAYAN,**
Pédopsychiatre au CHU de Caen (14), Chercheur Inserm
Le soin psychique en période périnatale
- ▶ **Annemarie MOLENAAR,**
Sage Femme au centre périnatal de Tonerre (89)
- ▶ **Suzanne COLSON,**
Maître de conférence à l'Université de Christ Church à Canterbury (GB)
- ▶ **Danielle CAPGRAS-BABERON,**
Sage Femme - Formatrice - Consultante réseau
Témoignages croisés de pratiques périnatales
- ▶ **Dr Anne-Marie DANDRES,**
Médecin de PMI (92)
Services TISF et périnatalité

9



UNITÉ MOBILE THÉRAPEUTIQUE PARENTS-BÉBÉ

CH Edouard Toulouse
118 Chemin de Mimet
13015 Marseille

Médecin responsable : Dr Noëlle BARBIERA
Psychologue : Eve MASSOT
Infirmière spécialisée : Martine BUMB
Éducatrice de jeunes enfants : Annabelle

UNITÉ MOBILE THÉRAPEUTIQUE PARENTS-BÉBÉ.

Sa création était demandée par les deux intersecteurs de pédopsychiatrie du Centre hospitalier Edouard Toulouse depuis 1999.

Une première étape a permis la création d'un poste de pédopsychiatre occupé par le Dr Noëlle BARBIERA.

Des redéploiements internes ont permis le recrutement d' Eve Massot, psychologue (mi-temps CAMSP St Louis), Annabelle Perroud, Educatrice de jeunes enfants, et Martine Bumb infirmière spécialisée (à mi-temps au CAMSP Saint Louis).

PRESENTATION FONCTIONS ROLES

L'Unité mobile Thérapeutique Parents Bébé du Centre Hospitalier Edouard Toulouse est une équipe de santé mentale périnatale, qui s'adresse non seulement aux parents de très jeunes enfants, mais également aux femmes enceintes, aux futurs pères, ainsi qu'aux bébés dès leur conception jusqu'à l'âge de la marche (un an, dix huit mois), en situation de vulnérabilité, sur tous les secteurs du Centre Hospitalier Edouard Toulouse. Elle est rattachée au pôle de pédopsychiatrie.(Pôle 13Z04)

Il s'agit de prévenir et de traiter les troubles des interactions précoces de la dyade mère/bébé ou de la triade père-mère/bébé aux trois sens du terme : primaire, secondaire et tertiaire, ainsi que de la prévention des troubles d'accès à la parentalité qui font plus tard le lit de la psychopathologie de l'enfant, ou de l'adolescent.

La continuité des soins, exige une grande disponibilité et des réponses dans une quasi urgence. Lorsque des professionnels de la petite enfance font appel à nous (PMI, maternités, CHET, autres institutions), un important travail en réseau, formalisé ou non se met en place, et l'Unité organise chaque fois que nécessaire une coordination entre tous les professionnels concernés par une situation. Des vacations hebdomadaires en maternité et en néonatalogie à l'hôpital sont complétées par la participation au Réseau Périnat Sud, et au réseau Naître et Devenir qui s'adresse aux grands prématurés. Des visites selon les mamans concernées se font dans les maternités privées (Beaugard, Saint Joseph...) voire à la Conception.

Une collaboration étroite et régulière est établie avec le Dr Michel DUGNAT, et l'Unité Parents Enfants de Sainte Marguerite dont les activités sont complémentaires.

Basée au CMP des Carmes, l'équipe propose également des consultations de proximité au CAMSP Saint Louis et au CAMSP de la Rose Bégude, bientôt des groupes thérapeutiques parents enfants, et des visites à domicile qui font l'objet d'un suivi rapproché. Outre ce travail direct, des soutiens aux professionnels de première ligne sont proposés (réunions mensuelles dans les PMI qui en ont fait la demande).

Chaque fois que nécessaire une coordination et un soutien au travail en réseau, avec tous les professionnels concernés, sont mis en place dans un souci non seulement de collaboration mais également de co-élaboration, tissant autant que faire se peut, un véritable projet sur mesure pour une situation donnée.

N'oublions pas que la population cible de ce secteur est de plus 5000 naissances par an, dont on sait par ailleurs que la seule dépression grave du post-partum à elle seule, recouvre environ 10 à 15% des cas ; et on en connaît l'effet délétère sur le devenir de l'enfant.

Projet d'actions de formations et de sensibilisation au travail en réseau des acteurs de la périnatalité à Marseille: Périnatalité psychique et prévention précoce

I. Résumé du projet (maximum 3 lignes)

Des actions de Formation, d'information, et de sensibilisation au travail en réseau des acteurs de la périnatalité à Marseille, sont proposées afin de mieux accompagner à la parentalité des familles à difficultés multiples et en situation de vulnérabilité dans un but de prévention des troubles de la relation parents enfants.

II. Exposé du contexte local

En 2005 dans la ville de **Marseille** on a noté **10333 naissances** dont **5272 dans les quartiers Nord** (13^{ème}, 14^{ème}, 15 et 16^{ème} Arrondissement) et du centre ville (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} Ar.)

Dans ces quartiers, habite une forte partie de la population, immigrée, parfois sans papier, en situation de précarité, et **les situations de vulnérabilité se multiplient actuellement.**

Les naissances ont lieu dans les deux maternités publiques de niveau III qui sont aussi des maternités de proximité, donc de niveau I du CHU (Nord et Conception), et trois principales maternités privées (Beauregard 12^{ème} Arr., Saint Joseph et Bouchard dans le 8^{ème} Arr.)

Dans ce contexte, les grossesses sont souvent peu ou mal suivies et les situations difficiles n'ayant pu être anticipées par un travail en réseau en amont de l'accouchement, des décisions parfois abruptes (placement de l'enfant par exemple) sont prise en urgence lors du séjour à la maternité, laissant les professionnels impliqués dans un sentiment d'impuissance et de profonde insatisfaction.

A d'autres moments, les professionnels, ne se sentent pas suffisamment en sécurité ou étayés pour accompagner les familles dans leur devenir parent à cause des difficultés constatées. Parfois les difficultés de relation entre les diverses institutions du médical et du médicosocial rendent les diverses interventions chaotiques pour les familles quand elles ne sont pas franchement iatrogènes.

D'autre part le clivage habituel à Marseille entre quartiers Nord à forte population précarisée et quartiers Sud résidentiel a tendance à devenir moins évident, de par une paupérisation qui s'amplifie dans les quartiers SUD.

Noëlle Barbiéra mai 06

Un fort désir a émergé de la part des professionnels impliqués, tous acteurs du champ de la périnatalité qu'ils soient du secteur social, du médicosocial ou du sanitaire de travailler ensemble autrement et de se retrouver autour de thèmes de formation fédérateurs qui permettraient une forme de culture commune brisant les clivages entre les diverses institutions et les divers corps de professionnels.

Les notions de prévention précoce et d'anticipation, dans un cadre de périnatalité psychique (incluant la grossesse et le développement du bébé jusque vers la fin de sa deuxième année) font consensus pour développer un véritable travail de réseau de proximité (formalisé ou non, le débat est ouvert), en lien avec le grand réseau régional PérinatSud.

Des initiatives diverses se sont mises en place pour pallier aux difficultés rencontrées dans l'accompagnement à la parentalité de ces familles particulièrement vulnérables :

- ◆ **Une consultation hebdomadaire de psychologie transculturelle** en périnatalité animée par le Dr Bourriche, pédopsychiatre, en présence de médiateur culturel s'est ouverte dans une cité à forte prédominance de personnes venant de Mayotte, avec la collaboration d'une association l'APRONEF, et de la PMI.
- ◆ **Autour de l'hôpital Nord, en vue de l'accueil plus personnalisé à la maternité des femmes en grande détresse, une consultation spécialisée** s'est mise en place grâce à une gynécologue du CHU, coordinatrice du réseau PérinatSud, le Dr V. Zarka, et une sage femme du CAMSP Nord, P. Hassler, en collaboration avec les médecins libéraux et la PMI qui ont désormais un interlocuteur unique pour adresser ces personnes souvent à difficultés multiples.
- ◆ **Des collaborations** sont en train de se mettre en place entre maternités du public et du privé dans le cadre **du réseau régional PACA Ouest PérinatSud**, afin de permettre d'accueillir dans les maternités privées des femmes sans dépassement d'honoraires.
- ◆ **Un groupe d'une quarantaine de professionnels venant de diverses institutions du sanitaire, du social et du médicosocial se réunit régulièrement depuis 2002** (voir plus loin origine du projet)

Ce groupe, est animé depuis septembre 2005 par le Dr N. Barbiéra, membre d'ARPSYDEMIO, et médecin coordinateur de la fédération

Noëlle Barbiéra mai 06

de psychiatrie périnatale au Centre Hospitalier Edouard Toulouse (CHET). Des contacts ont été pris avec d'autres associations ayant des objectifs similaires, dans les quartiers Sud (Association Prévention Précoce et Soutien à la Parentalité dans les 1^{er}, 8^{ème}, 9^{ème}, et 10^{ème} Arr. déjà financée par la Fondation de France), ou sur Marseille (APRONEF) ou dans le domaine de l'habitat (Habitat Alternatif social) pour envisager des actions ou des réflexions communes.

III. Justification du projet : les besoins mal couverts à Marseille

Si les motivations sont fortes pour participer à des formations pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles, **les formations proposées à l'heure actuelle sont encore trop cloisonnées et propres à chaque institution. Les plans de formation restent rigides**, et les diverses interventions ne permettent pas une action de sensibilisation et de formation d'ensemble qui favoriserait un véritable travail en réseau.

Depuis la parution du Plan Périnatalité en novembre 2004, de la circulaire de Juillet 2005 concernant les collaborations psycho-médico-psychologiques, des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la Préparation à la Naissance et à la Parentalité, jusqu'au cahier des charges des réseaux de périnatalité récemment parus, **il est demandé à tous les professionnels de ce champ, des interventions de plus en plus complexes**, (par exemple l'entretien du 4^{ème} mois de grossesse) **alors que les formations des personnes concernées ne sont pas programmées, ou planifiées.**

La continuité des soins, pendant la grossesse, l'accouchement à la maternité et le suivi postnatal sont mis à mal par des interventions morcelées, alors que des liens entre professionnels respectant les familles et les accompagnant dans leur devenir parent seraient nécessaires.

A partir de l'expérience du travail en réseau autour des quartiers Nord depuis 2002, l'action vise à

- ✓ **Sensibiliser, et former** les acteurs de la périnatalité des **diverses institutions** au delà des clivages, et permettre ainsi le développement d' un **travail en réseau de proximité**
- ✓ **Donner une impulsion** pour permettre la rencontre entre les diverses disciplines et institutions, **réduire les cloisonnements** en favorisant la connaissance des différents intervenants.
- ✓ **Offrir des outils conceptuels** pour créer une culture de base commune sur la périnatalité afin de favoriser des prises en charge plus cohérentes des situations.

Noëlle Barbiéra mai 06

Le plan Périnatalité 2004/2007 définit 4 grands axes prioritaires :

Humanité
Proximité
Qualité
Sécurité

Au premier chapitre et en première ligne du plan, il est prévu la mise en place de l'**entretien prénatal précoce**.

Au deuxième chapitre est annoncée la mise en œuvre des **réseaux de santé** de proximité en périnatalité en amont et en aval de la naissance.

Ces deux axes sont intimement liés et tous deux ont du mal à se concrétiser en pratique.

Quels sont les enjeux de ce travail et concrètement quelles solutions sont possibles ?

La question des réseaux de proximité en périnatalité interroge les

politiques de santé publique depuis peu. Il s'agit de redéfinir de nouvelles politiques quant à l'accompagnement des grossesses et des nouvelles accouchées.

La mutualisation des moyens doit redéfinir l'accompagnement des mamans. Les médecins généralistes et les sages femmes libérales sont souvent en première ligne mais rarement sollicités pour une évaluation globale de la situation.

Cette soirée est une amorce de dialogue nécessaire entre les différents acteurs de la périnatalité pour évoquer la notion de réseau et d'évaluation.

L'objectif est de tracer des pistes permettant à l'ensemble des professionnels de se saisir de ces deux outils au bénéfice des femmes enceintes, des couples, et du bébé à venir.

Annexe XII

INTERACTIONS PARENTS-NOURRISSON (2 à 3 mois)

I - INTERACTIONS MERE-NOURRISSON OBSERVÉES

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	SOURIRES
BÉBÉ	Recherche le fouissement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S'agrippe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Apprécie les contacts corporels : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maintient le contact œil à œil : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Evite le regard de la mère Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A un regard fixe : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Explore l'environnement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Vocalise vers sa mère : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pleure fréquemment : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hurlé fréquemment : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à sa mère : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Répond au sourire de sa mère : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
MÈRE	Berce son bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Titent son bébé confortablement : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tient son bébé à distance : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Caresse son bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Embrasse son bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Maintient son regard Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Evite le regard du bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Suit le bébé des yeux : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parle au bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Jeux vocaux (réciproques) mère-bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Crie fréquemment : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Peut rester silencieuse : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Sourit spontanément à son bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Répond au sourire de son bébé Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine :	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES INTERACTIONS MERE-NOURRISSON

<p>Qui initie les échanges ?</p> <p>La mère <input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Les deux <input type="checkbox"/> Aucun des deux <input type="checkbox"/></p> <p>Réciprocité des échanges :</p> <p>Fréquente <input type="checkbox"/></p> <p>Rare <input type="checkbox"/></p> <p>Absente <input type="checkbox"/></p>	<p>Tonalité affective dominante :</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Enfant</td> <td style="text-align: center;">Mère</td> </tr> <tr> <td>Plaisir</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tristesse</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Indifférence</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Excitation</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vide</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autre</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>Préciser :</p>		Enfant	Mère	Plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Excitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfant	Mère																				
Plaisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Tristesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Indifférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Excitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Vide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

II - INTERACTIONS PERE-NOURRISSON (2 à 3 mois)

LA MERE	LE PERE
La mère parle-t-elle spontanément du père de l'enfant ?	Qui initie les échanges ?
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Le père <input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/>
Le père s'occupe-t-il de l'enfant ?	Les deux <input type="checkbox"/> Aucun des deux <input type="checkbox"/>
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Parle au bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui : Seul avec l'enfant <input type="checkbox"/>	Jeux vocaux (réciproques) père-bébé : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Toujours en présence de la mère <input type="checkbox"/>	
Autre <input type="checkbox"/> Préciser :	
Le père assume-t-il son rôle de père auprès de l'enfant?	Réciprocité des échanges :
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Fréquente <input type="checkbox"/>
Sinon, préciser :	Rare <input type="checkbox"/>
	Absente <input type="checkbox"/>

INTERACTIONS PARENTS-ENFANT (11 à 13 mois)

I - INTERACTIONS MERE-ENFANT OBSERVÉES

INTERACTIONS	CORPORELLES	VISUELLES	VOCALES	SOURIRES
ENFANT	S'agrippe à sa mère : <input type="checkbox"/>	Regarde sa mère : <input type="checkbox"/>	Utilise la voix pour communiquer : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Montre du doigt ce qui l'intéresse (pointing) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Apprécie les contacts corporels : <input type="checkbox"/>	Explore l'environnement : <input type="checkbox"/>	Comprend les ordres, les interdits : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Tend les objets à la mère : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Refuse les contacts corporels : <input type="checkbox"/>	Recherche sa mère du regard : <input type="checkbox"/>	Pleure : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Imite les gestes de sa mère : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Passif, indifférent : <input type="checkbox"/>	Fuit le regard de sa mère : <input type="checkbox"/>	Imite, répond à l'écho : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	S'éloigne et revient : <input type="checkbox"/>	Attire le regard de sa mère sur un objet : <input type="checkbox"/> Regard vide : <input type="checkbox"/>		
MERE	Elle-t-elle captatrice? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Evite le regard : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Est-ce qu'elle communique par la voix avec son enfant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Donne des objets à son enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Accepte les allées et venues de l'enfant et les encourage : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Surveille l'enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Est-ce qu'elle lui donne des explications ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Prend les objets que l'enfant lui donne : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Est-elle rejetante ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Répond au regard de l'enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	A-t-elle un langage bébé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Interdit du geste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Limite physiquement les gestes de l'enfant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine :	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES INTERACTIONS MERE-ENFANT

Qui initie les échanges ?	Tonalité affective dominante :	Contenu prédominant des interactions
La mère <input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/>	Jeux mère-enfant <input type="checkbox"/>
Les deux <input type="checkbox"/> Aucun des deux <input type="checkbox"/>	Plaisir <input type="checkbox"/>	Enfant seul <input type="checkbox"/>
	Tristesse <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Réciprocité des échanges :	Indifférence <input type="checkbox"/>	Mère exagérément : Permissive <input type="checkbox"/>
Fréquente <input type="checkbox"/>	Excitation <input type="checkbox"/>	Interdictrice <input type="checkbox"/>
Rare <input type="checkbox"/>	Vide <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Absente <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>	Enfant : Passif <input type="checkbox"/>
	Préciser :	Opposant <input type="checkbox"/>
		Autre <input type="checkbox"/>
		Les interactions favorisent-elles les explorations de l'environnement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Les interactions se déroulent-elles, de façon prédominante, avec :		Continuité <input type="checkbox"/> Discontinuité <input type="checkbox"/>

II - INTERACTIONS PERE-ENFANT (11 à 13 mois)

LA MERE	L E PERE
<p>La mère parle-t-elle spontanément du père de l'enfant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Le père s'occupe-t-il de l'enfant ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui : Seul avec l'enfant <input type="checkbox"/> Toujours en présence de la mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préciser :..... </p>	<p>L'enfant semble-t-il très proche de son père ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>L'enfant manifeste-t-il des comportements négatifs à l'égard de son père ? (évitement, peur, hostilité) ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Le père assume-t-il son rôle de père auprès de l'enfant? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>