

**Projet de soutien à la parentalité
en consultation prénatale.**

De l'expérience des professionnels au référentiel

**RAPPORT FINAL
15 décembre 2008**

Gaëtan ABSIL et Chantal VANDOORNE,
APES-ULg, STES, Ecole de Santé Publique de l'Université de Liège

Elisabette PRATO,
APALEM, CHR La Citadelle à Liège

En collaboration avec les équipes des consultations prénatales
de l'Hôpital Civil à Charleroi,
du CHR de la Citadelle à Liège,
de la Consultation Prénatale des « Tanneurs » à Bruxelles.

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui, plus ou moins impliquées, ont contribué aux réflexions qui ont animé cette recherche-action.

Nous remercions en particulier tous les professionnels pour l'ensemble des connaissances et l'expertise dont ils font preuve. Ce rapport leur doit tout : même s'ils ne l'ont pas rédigé, ils l'ont écrit. Nous les remercions pour leur disponibilité, leur accueil, leur compétence à se mettre en question et en projet – c'est-à-dire à permettre l'existence d'un contexte duquel peut surgir « une réponse porteuse d'inédit amenant une création originale, une réalisation dont l'authenticité vient de ce qu'elle est le fruit d'un auteur localisé aux prises avec une situation donnée ».¹

Enfin, nous adressons notre reconnaissance aux membres du Comité d'accompagnement pour leur soutien et l'écoute de nos questionnements et à notre secrétaire, Flavia MASSA pour son intervention précieuse dans la finalisation de ce document.

¹ BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Quadrige, Puf, Paris, 2005, p. 253.

Table des matières

Synthèse : des projets de soutien à la parentalité en CPN	6
Introduction	8
I. Préalables	10
A. Problématiques	10
1. Le schéma du dispositif	10
2. Le « Plan Périnatalité » français	12
3. Le rapport de faisabilité	12
4. Une théorie des représentations de l'embryogenèse	13
B. Méthodologie.....	14
1. La recherche-action.....	14
2. L'ethnométhodologie.....	17
3. Une pratique réflexive dans l' action	17
4. Les questions de recherche	18
II. Produire et analyser les données	19
A. Les sources de données	19
1. Le schéma de la recherche-action : trois sites et des rencontres intersites.....	19
2. L'observation participante	20
3. Les réalisations des équipes	21
B. L'analyse des données	21
1. L'analyse de contenu	21
2. Une analyse « ensemble ».....	22
C. Au-dessus et entre les consultations.	22
1. L'organisation d'une concertation entre les coordinatrices des équipes.....	22
2. Qui peut prendre des décisions pour quoi ?.....	22
3. Quelle articulation avec d'autres projets ?.....	22
4. Les réunions interuniversitaires	23
5. Le Comité d'Accompagnement	23
D. Présentation des données et des résultats	23
III. La recherche-action sur chaque site	24
A. Une consultation de quartier à Bruxelles	24
B. La consultation prénatale hospitalière de Charleroi	27
C. La consultation prénatale hospitalière de Liège	29
IV. Analyse transversale des trois sites : comment le projet s'est-il construit ?	31
A. Les facilitateurs	31
1. Les facilitateurs liés au processus de recherche.....	31
2. Les facilitateurs liés aux structures	32
B. Les freins	36
1. Les freins liés au processus de recherche.....	36
2. Les freins liés aux structures.....	37

V. Les rencontres intersites	40
A. Première rencontre intersites	40
1. La vulnérabilité.....	41
2. Le socle commun.....	42
3. Des échanges sur des réalités de travail différentes.....	42
B. Deuxième rencontre intersites : formation à l’interculturalité.....	42
C. Troisième rencontre intersites : validation des résultats.....	43
VI. Des résultats vers un référentiel	44
A. Dispositif de suivi.....	45
1. Le schéma du dispositif	45
2. Les caractéristiques et définition du dispositif.....	46
3. Des conditions préalables à installer.....	55
B. Des acquis, des pistes pour développer un futur référentiel	57
1. Des objectifs pour un dispositif de suivi	57
2. Un projet pour une mise en place intégrée des objectifs.....	64
C. Pistes pour des formations	67
VII. Bibliographie	71
ANNEXES	74

Table des figures et tableaux

<i>i. Schéma de l'entretien prénatal au début de la recherche</i>	11
<i>ii. Schéma de la recherche-action</i>	16
<i>iii. Schéma de la recherche en CPN</i>	19
<i>iv. Tableau des caractéristiques des trois sites</i>	24
<i>v. Processus de RAE-CPN de quartier</i>	25
<i>vi. Processus RAE-CPN de Charleroi</i>	27
<i>vii. Processus RAE-CPN Liège</i>	29
<i>viii. Comparaison du processus de RAE des trois sites</i>	35
<i>ix. Facilitateurs et freins identifiés durant le processus de RAE</i>	39
<i>x. Schéma communicationnel du dispositif</i>	45
<i>xi. Finalités du dispositif</i>	47
<i>xiii. Priorisation des finalités en rapport avec les situations d'intervention</i>	53
<i>xiv. Objectifs « entretiens »</i>	58
<i>xv. Objectifs « accompagnement-parentalité »</i>	59
<i>xvi. Objectifs « réseaux »</i>	61
<i>xvii. Objectifs « visibilité »</i>	62
<i>xviii. Démarches et outils d'évaluation</i>	63

Synthèse : des projets de soutien à la parentalité en CPN

Le dispositif de suivi des futurs parents en consultation prénatale est une proposition issue d'une recherche-action auprès de trois consultations prénatales, dont une consultation de quartier. Quels sont les éléments des processus sur les trois sites qui ont été des facilitateurs ou des freins de l'institutionnalisation de l'entretien prénatal ? En quoi ces éléments sont-ils à prendre en compte ou à retravailler dans d'autres CPN ? Ou, reformulé dans le vocabulaire de la recherche-action : les facilitateurs et les freins constituent-ils un « nouveau savoir » sur lequel la construction d'un dispositif de soutien à la parentalité pourrait s'instituer ? En quoi ces éléments de processus pourraient-ils « favoriser » une « auto-évaluation » des CPN qui devraient se mettre en projet vers un dispositif de soutien à la parentalité.

Des finalités

S'appuyant sur les recommandations de l'OMS (*Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*), sur les réflexions françaises liées à l'entretien prénatal dont les travaux du Dr. Molénat, sur les résultats de l'enquête AGNES (ULB) et, surtout, sur le savoir des professionnels de l'ONE, le dispositif s'articule autour de trois finalités.

1. *Le soutien à la parentalité, afin d'initier et de favoriser la découverte et l'apprentissage du rôle de parents ;*
2. *Le travail en réseau, afin de soutenir et construire des réseaux de professionnels sécurisants et bien traitants ;*
3. *La prévention des risques psychosociaux, afin de favoriser une grossesse, une naissance et une parentalité en santé.*

Ces trois finalités sont soutenues par une mise en projet des consultations prénatales. Pour soutenir le travail en réseau, la mise en projet doit inclure les différents professionnels de la prénatalité. Le projet, prenant place dans des conditions de travail réelles, nécessite la mise en place de conditions préalables, comme étape incontournable de sa réalisation.

Des conditions préalables

1. Relations entre les professionnels et les futurs parents

- Assurer des espaces de dialogues avec les futurs parents
- Gérer les incohérences entre les recommandations
- Respecter les limites de son mandat de professionnel

2. Collaboration entre les professionnels

- Améliorer les relations et les collaborations entre l'hôpital et les CPN
- Impliquer les institutions et leurs représentants
- Créer, soutenir des lieux de concertation, de dialogue entre les professionnels
- Mettre en place une réflexion sur le secret professionnel partagé
- Affirmer la valeur et préciser le rôle des TMS comme partenaires dans le réseau d'intervenants
- Favoriser la présence de la coordinatrice d'accompagnement dans le projet

3. Offres de services

- Accepter la variabilité d'organisation des projets en fonction des contraintes de chaque CPN
- Accepter le manque d'uniformité des messages, mais veiller à ce qu'il ne soit pas un facteur de défiance

En lui-même, le projet procède d'une auto-évaluation des ressources et de l'environnement de chaque équipe, puis d'un choix de solutions pour la réalisation des objectifs du dispositif.

Quatre objectifs s'articulent pour générer le projet et le dispositif de suivi

1. Des objectifs de « techniques de l'entretien »

- Favoriser la multiplication des moments d'entretien
- Utiliser un outil pour décoder les situations d'entretien
- Suivre des formations sur les manières de mener un entretien
- Utiliser un support pour une vision globale de la grossesse

2. Des objectifs d'accompagnement et de soutien à la parentalité

- Définir le soutien à parentalité comme l'accompagnement d'une femme, d'une famille dans leur dynamique de parentalité. Cet accompagnement se réalise dans des actes d'aide, de soutien, d'orientation et d'écoute. Il prend appui sur les ressources des parents pour faciliter leur découverte et leur apprentissage de leur parentalité.
- Créer un lien avec les parents
- Repérer des situations prioritaires et adapter l'accompagnement à cette priorité

3. Des objectifs de travail en réseau

- Favoriser une bonne circulation de l'information, c'est-à-dire précise et non jugeante
- Rechercher et adapter un outil de coordination entre les professionnels
- Responsabiliser les parents dans leur dialogue avec les professionnels et inversement
- Pour certaines consultations, envisager le renforcement du rôle de la coordinatrice d'accompagnement dans ce réseau
- Répertorier les supports et projets déjà réalisés, comme points d'appui pour le dispositif
- Analyser les besoins spécifiques des CPN de quartier
- Augmenter les zones de contacts entre les professionnels
- Poser des règles de fonctionnement communes
- Soutenir la reconnaissance des CPN de quartier auprès des hôpitaux
- Construire et expliciter une culture de travail commune entre les professionnels
- Créer et développer un projet santé parentalité avec des partenaires variés.

4. Des objectifs de visibilité

- Communiquer l'utilité et l'intérêt des CPN vers le grand public
- Communiquer l'existence et le rôle des CPN vers les professionnels

Pour des projets en partenariat

Sans doute, certaines consultations réalisent-elles en partie certains objectifs. En guise de conclusion, nous rappelons que l'amélioration des pratiques professionnelles est essentielle pour un meilleur accompagnement de la grossesse et de la parentalité. Surtout, la mise en projet et les réflexions qu'elle génère doivent amener à une meilleure collaboration entre les professionnels, en particulier entre professionnels de la santé et professionnels du social, garante d'un travail en réseau bientraitant.

Introduction

Les historiens² relatent souvent les représentations de l'embryogenèse, notamment l'influence des « passions maternelles » sur le façonnement du fœtus. L'exemple de la tache de vin, attribuée à une « envie », ou celui de la naissance d'enfant « monstre », conséquence d'interdits non respectés sont bien connus. La grossesse a toujours été un évènement social et le corps de la mère une opacité intrigante. Les progrès de l'imagerie médicale (rayons X à la fin du 19^e siècle, puis échographie dans la deuxième moitié du 20^e siècle) ont changé l'approche de grossesse : l'invisible, le deviné se révélait dans une nouvelle transparence. La transparence de la grossesse était-elle celle d'une grossesse médicalisée ? Ou déjà était-elle celle d'une grossesse psychologique et sociale ?

De nombreuses recherches ont été menées quant aux effets de l'environnement sur la grossesse et le fœtus, en ce compris la « sphère psychosociale ». L'émergence de la psychologie sociale – très développée sur les thématiques de santé – semble s'offrir comme une opportunité d'y voir plus clair dans le complexe relationnel de la grossesse. Cependant, aucune machine, aucun dispositif visuel, n'a pu être construit pour afficher la complexité du social, le rendre plus lisible, plus transparent, pour permettre de voir ce qui pourrait s'y dissimuler comme facteurs de risque. L'entretien prénatal, dont il est question ci-dessous, prend place parmi les essais d'outillage du décryptage du social.

Les techniques de l'emballage du corps sont, à côté des représentations de l'embryogenèse, un autre domaine bien connu de l'histoire et de l'anthropologie. A tort, l'on attribue à l'emballage la fonction d'enfermer l'enfant alors qu'il s'agit de le préserver, d'éviter, à cet être qui n'est pas fini, de perdre sa forme humaine. La question du travail en réseau pourrait-elle se rapporter, par analogie, à un emballage psychosocial de la famille ? Les limites entre un encadrement normatif des futurs parents et un accompagnement bienveillant ne sont pas évidentes. Elles tiennent au respect des compétences des futurs parents pour autant que les risques encourus par l'enfant à venir ne nécessitent pas l'intervention de la justice. La parentalité ne saurait être une nouvelle police des familles telle que décrite par Donzelot.³ Afin d'éviter cet écueil, Martin recommande de « réfléchir à la manière dont les parents définissent eux-mêmes leur rôle et construisent progressivement un sentiment de compétence ou de responsabilité parentale. Prendre au sérieux le point de vue des parents plutôt que de décliner ce qu'ils devraient être ou faire ».⁴

² MOREL M.-F., *Fœtus et histoire* in MISSONNIER S. et al., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Puf, Paris, 2006, p. 21-40.

LOUX Fr et RICHARD Ph., *Sagesses du corps*, Maisonneuve et Larose, Paris, 1978.

³ L'auteur dénonce « un double mouvement d'incrimination et de valorisation de la famille. Suspectée de mal faire, la famille est en même temps érigée en condition du bien-être de chacun, finalisée comme lieu du véritable bonheur, de la réussite des enfants, de la réalisation de soi » DONZELOT J., *La police des familles* in *Information sociales*, n°73-74, 1999, p. 136-143.

⁴ MARTIN Cl., *La parentalité en question. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, Rennes, avril 2003, p. 35.

L'auteur propose trois axes de la construction du sentiment de responsabilité parental : 1. le rôle des facteurs structureaux, 2. la construction du sentiment de responsabilité parental comme un processus dynamique, 3. la possibilité de déléguer à un tiers.

Ce rapport décrit comment, à partir du projet de l'entretien prénatal, au cours d'une recherche-action, les professionnels, forts de leur expertise, ont proposé et formalisé les fondements d'un référentiel pour une « nouvelle » culture de l'accompagnement prénatal. En 2000, l'OMS lançait son programme MPS (making pregnancy safer). Inspiré de la Charte d'Ottawa, ce programme vise la réduction des risques durant la grossesse et à la naissance, mais aussi l'*empowerment* des femmes, des familles et des communautés afin d'augmenter l'accès et l'utilisation des services de santé. Les résultats de la recherche actuelle sont en accord avec les quatre fondements de ce programme : développer les compétences, augmenter la vigilance, renforcer les réseaux sociaux et améliorer la qualité des soins.⁵

L'introduction d'un entretien prénatal dans la pratique des professionnels de la périnatalité permettrait de mieux prévenir certains risques et de mieux soutenir les parents en devenir. Des questions ont émergé à propos du sens de la pratique professionnelle, des contextes dans lesquels elle se déroule ; des problèmes ont été évoqués et des solutions proposées. Il ne s'agissait plus de construire un unique moment de rencontre avec les parents, mais de penser comment améliorer la qualité des pratiques existantes, de soutenir les professionnels pour favoriser un meilleur accompagnement de la grossesse, principalement en faveur des « mères vulnérables ». La vulnérabilité n'est pas un concept facile à définir. Dans son livre, *Mères vulnérables*, le Dr. Molénat la définit du point de vue psychologique comme « un état particulier de la personne qui pour des raisons d'origines très diverses, devient plus sensible aux mouvements *intérieurs* ou *extérieurs* à elle-même et *risque* de se fragiliser ». ⁶ Le risque de se fragiliser se définit comme un état permanent de risque. ⁷ Comment les professionnels pensent-ils, vivent-ils, accompagnent-ils les futurs parents en situation de vulnérabilité ? Peuvent-ils réaliser cet accompagnement dans de bonnes conditions s'ils perçoivent, ressentent, que leur environnement de travail est lui-même vulnérable ? ⁸

⁵ World Health Organization, *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*, Making Pregnancy Safer initiative. Reproductive Health and Research World Health Organization, Genève, 2003.

⁶ MOLENAT F., *Mères vulnérables*, Stock, Paris, 1998, p. 179.

⁷ En contre éclairage, il est intéressant de citer le livre BENESAYAG M., *De la fragilité*, La Découverte/Poche, Paris, 2006. L'auteur développe l'idée que la fragilité est liée à la condition humaine

⁸ Le Dr. Molénat propose l'idée de « maternité vulnérable » : c'est-à-dire d'environnement médical vulnérable. MOLENAT F., *Mères vulnérables*, Stock, Paris, 1998, p. 311.









I. Préalables

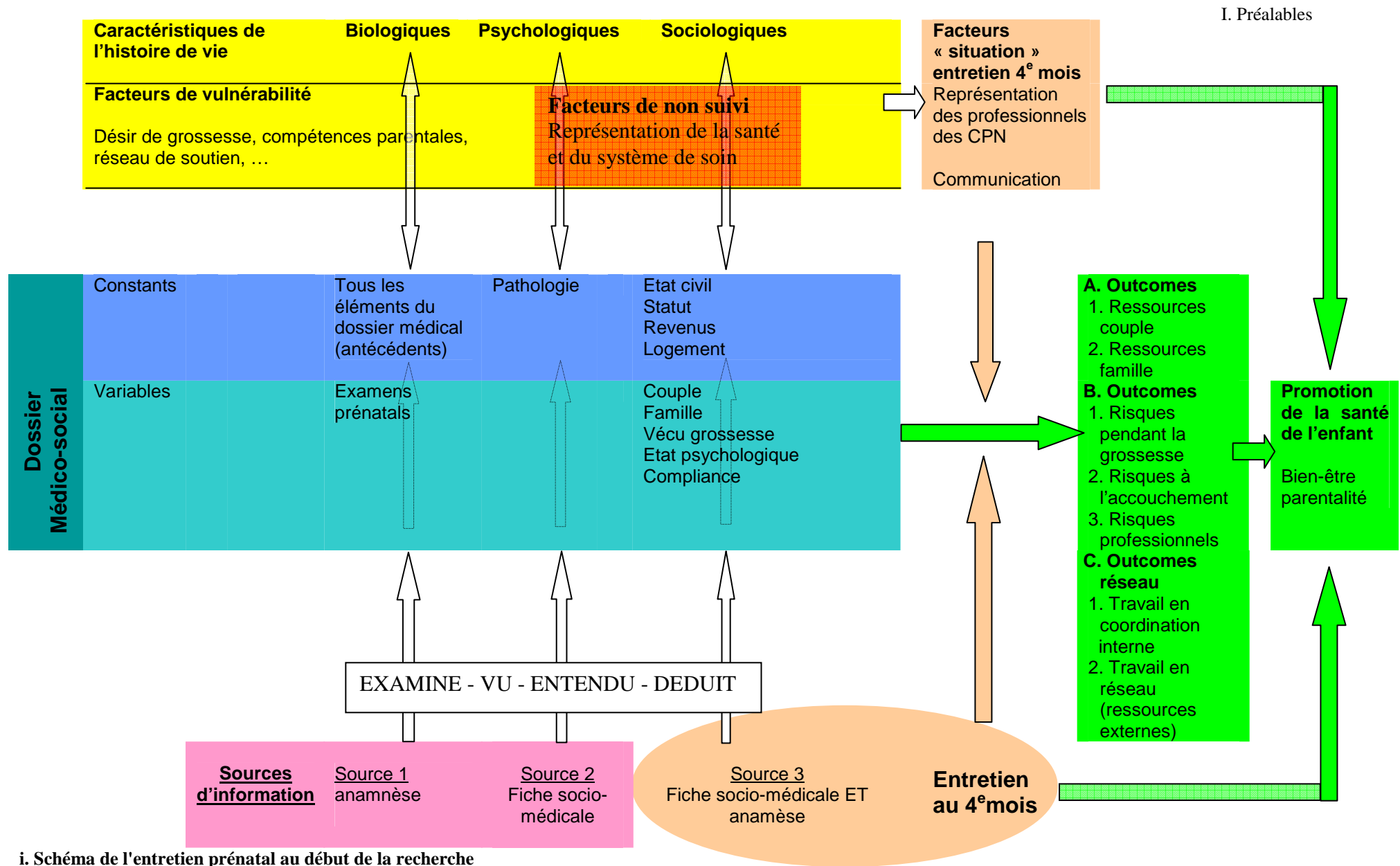
A. Problématiques

1. Le schéma du dispositif

Le schéma présenté au comité d'accompagnement (après modifications suite aux recommandations) compte parmi les outils conceptuels, qui ont permis, même si le schéma n'a pas été diffusé auprès des équipes, de construire cette recherche.

Nous présentons le schéma tel qu'il était au début de cette recherche-action. Dans sa première formulation (figure 1), il représente un état intermédiaire de la conceptualisation du dispositif de suivi. Une version mise à jour en regard des résultats figure dans les conclusions.

	Facteurs de non suivi	L'ensemble des facteurs qui influencent le parcours de grossesse, les institutions de soins et d'accompagnement
	Facteurs de vulnérabilité	Les facteurs liés à l'histoire de vie des futurs parents (points de vue biologique-psychologique-social)
	Dossier Médico-social : facteurs de risque variable	Le lieu physique où sont consignées les informations, le point de passage obligé des informations liées à la grossesse. Les facteurs variables sont ceux qui sont susceptibles de changer pendant la grossesse.
	Dossier Médico-social : facteurs de risque constants	Le lieu physique où sont consignées les informations, le point de passage obligé des informations. Les facteurs de risques constants sont les facteurs qui ne changeront pas dans le décours de la grossesse
	Sources	Les « lieux » et les « moments » d'observation
	Entretien au 4 ^e mois	Entretien réalisé dans le but de documenter les facteurs de risques psychosociaux
	Outcomes	Les effets attendus de l'organisation de l'entretien au 4 ^e mois pour les parents, les professionnels et l'enfant
	Finalités	La finalité qui devrait guider la mise en place de l'entretien au 4 ^e mois



i. Schéma de l'entretien prénatal au début de la recherche

Le schéma est construit à partir des théories de la sociologie de la traduction⁹, des travaux de sociologie médicale (ethnométhodologie selon Garfinkel et Cicourel¹⁰), des attentes des professionnels exprimées à l'occasion de l'enquête de faisabilité ainsi que lors de la phase de négociation de recherche (complété par des entretiens informels lors de la visite des maternités). D'après la sociologie de traduction, il existe, dans les organisations, des « points de passage obligés » : c'est-à-dire des lieux (physique, géographique, institutionnel) ou des énoncés qui se révèlent incontournables. Nous considérons que le dossier est un « point de passage obligé ». Les ethnométhodologues, qui ont travaillé dans le domaine des institutions de soins, ont insisté sur l'intérêt des documents produits par ces organisations. Les manières, les usages de ces documents incarnent les compromis, les échanges, tout un ensemble d'habitudes de travail institutionnalisées.

2. Le « Plan Périnatalité » français

En 2004, le « Plan Périnatalité » français préconisait la création d'un « entretien individuel du 4^e mois », réalisé sous la responsabilité des sages-femmes. Cet entretien s'ajoute ainsi aux sept examens prénataux obligatoires et à la préparation à la naissance au cours de séances collectives. »¹¹

Le Dr. Molénat, suite au « Plan Périnatalité » français, propose quatre objectifs. Le projet de l'ONE d'instituer un entretien au 4^e mois s'inspire de ces rapports. Nous avons considéré les propositions du Dr Molénat comme des hypothèses de travail avec chaque équipe.

En définitive, le « Plan Périnatalité » français, si l'on écarte l'entretien au 4^e mois tel qu'il y est présenté, est proche des demandes exprimées par les professionnels lors de cette recherche. Après la remise en question de l'entretien prénatal par les professionnels, les objectifs - entre autres - du « Plan Périnatalité » français ont permis de structurer les attentes des parties prenantes de cette recherche. Ces attentes sont proches des objectifs établis par le Plan français, à une distinction près : le dispositif français ne comprend pas de professionnels équivalant aux TMS. Une majeure partie des tâches que le Plan français attribue aux sages-femmes et aux psychologues sont couvertes par le travail des TMS.

3. Le rapport de faisabilité

En 2006, le Comité Scientifique de l'ONE a reçu le rapport intitulé *Utilité et conditions d'applicabilité d'un guide d'entretien dans le cadre du suivi de la femme enceinte*.¹² Ce rapport faisait état d'un terrain favorable, tant au niveau des représentations que des pratiques, pour l'institutionnalisation d'un « entretien prénatal ». Au départ de cette recherche, les conclusions ont servi de références pour assurer à chaque site le même niveau d'information.

⁹ Développée par B. Latour et M. Akrich au Centre de Sociologie de l'innovation à l'Ecole des Mines à Paris. Cette approche dépasse la notion d'individu-acteur pour y intégrer les objets (cf. B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*). Les acteurs (personnes et objets) sont appelés actants (cf. Greimas).

¹⁰ CICOUREL A., *Le raisonnement médical*, Seuil, Paris, 2002.

¹¹ HERMANGE M.-Th, *Périnatalité et parentalité*, Rapport remis le 26 février à Ph. BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, p. 26.

¹² ABSIL G., DENIS M.E., CASPERS E., MASSON V., VANDORNE C. et FOIDART J.M. , *Utilité et conditions d'applicabilité d'un guide d'entretien dans le cadre du suivi de la femme enceinte*. Rapport final présenté au Comité scientifique de l'ONE le 16 juin 2006, APES-ULg, APALEM Chr, Liège, 2006.

Le rapport faisant état des pratiques telles que perçues par les professionnels, nous l'avons distribué, dans chaque consultation pilote, à qui le souhaitait. Pour les professionnels qui n'avaient pas de temps à consacrer à trop de lecture, nous leur avons demandé de se concentrer sur les conclusions.

Les conclusions de ce rapport ont servi de guide pour relever les facilitateurs et les freins de l'institutionnalisation d'un dispositif de suivi. Particulièrement, et parce qu'ils en sont les bénéficiaires, nous avons accordé une plus grande importance aux conclusions issues des interviews avec les futurs parents.

4. Une théorie des représentations de l'embryogenèse

Au départ de la question « que faut-il pour faire un enfant ? », Maurice Godelier classe différentes représentations culturelles de l'embryogenèse. En substance, sa réponse tient en une phrase qui semble valoir pour toutes les cultures : un homme et une femme ne suffisent pas pour faire un enfant ! Dans certaines cultures, pour faire un enfant, il faut, certes un homme et une femme, mais aussi un esprit ; c'est-à-dire un intervenant extérieur qui animera ce que nous appelons le fœtus. Dans nos sociétés ... Un *homme* et une *femme* suffisent-ils réellement à faire un enfant ? Ou plutôt, qui faut-il pour faire un enfant ? Cette question prend tout son sens dans le cadre des consultations prénatales de l'ONE et des maternités, surtout en rapport avec les interrogations concernant l'entretien prénatal. Pour les futurs parents qui fréquentent les CPN, dans la plupart des cas des parents vulnérables, la réponse pourrait être : pour faire un enfant, il faut, peut-être, un *homme* et une *femme*, mais aussi des professionnels spécialisés dans l'accompagnement des futurs parents. A quelles conditions l'accompagnement réalisé par les professionnels de la prénatalité peut-il être soutenu, amélioré ? Quelles sont les conditions favorables dans lesquelles ces mêmes professionnels peuvent réaliser cet accompagnement avec succès ?

B. Méthodologie

1. La recherche-action

« La recherche-action » n'existe pas en tant que telle, il existe plusieurs façons de la concevoir ou de la mener.¹³ Seul l'objectif, qui est de transformer les pratiques ou les représentations tout en récoltant des données sur les processus de changement, est commun aux différentes définitions.

Selon Devereux¹⁴, les choix méthodologiques sont souvent le fruit des interactions entre les acteurs impliqués dans la recherche. Le choix d'orienter la recherche vers une recherche-action était présent dès le départ, mais dans une optique très différente de celle exposée ci-dessous.¹⁵ Au départ, nous nous étions orientés vers une application pratique de la recherche-action dans le cadre de l'introduction des innovations dans les organisations.¹⁶ Ce sont les feedbacks émis dès le début du processus de négociation de travail sur les sites qui nous ont rapidement convaincu de l'utilité de changer de méthodologie.

L'optique choisie par Barbier est que la recherche-action a pour but « un changement de l'attitude du sujet (individu ou groupe) en rapport à la réalité qui s'impose en dernière instance (principe de réalité) ».¹⁷ Cette option se démarque d'une approche « lewinienne » de la recherche-action qui « impose » un changement de comportement. Appliquée à cette recherche, une optique lewinienne aurait cherché à favoriser l'appropriation du projet « entretien prénatal » par devers les professionnels. Choisir cette optique était pour nous peu congruent avec les valeurs de participation et de processus *bottom-up* qui traversent nos options de recherche. L'optique de Barbier ouvre plus largement le champ des questionnements possibles. D'où, la réorientation des questionnements et hypothèses qui a été proposée par les professionnels impliqués dans le processus de recherche. En particulier, nous avons insisté sur l'aspect participatif de la méthode. Ce type de recherche-action favorise l'*empowerment des professionnels*.

¹³ POUPART J. et al., *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*, gaëtan morin éditeur, Paris, 1998, p. 2-50.

¹⁴ Les données récoltées au cours du projet sont issues d'une observation participante du travail réalisé avec chaque équipe à divers moments de rencontres plus ou moins programmés.

Nous souhaitons inclure dans nos données ce que Devereux appelait : « l'angoisse suscitée par les données en sciences du comportement¹⁴ ». Par exemple, au décours du projet -nous renvoyons au texte-, la négociation de la légitimité de notre place auprès des chercheurs/équipe a souvent été mise en question. La manière dont les chercheurs ont vécu cette étude doit, selon nous, compter parmi les données. « Ce que l'anthropologue observe est de l'information au sujet du « système qui observe », qui inclut la participation constructiviste de l'observateur/auteur [...] L'observateur sera toujours dans l'observé. Le contraire est également vrai¹⁴. »

« Ce n'est pas l'étude du sujet, mais celle de l'observateur, qui nous donne accès à l'*essence* de la situation d'*observation* »

Les données des sciences du comportement sont, ainsi, de trois sortes : 1. Le comportement du sujet, 2. Les « perturbations » induites par l'existence de l'observateur et par ses activités dans le cadre de l'observation, 3. Le comportement de l'observateur : ses angoisses, ses manœuvres de défense, ses stratégies de recherche, ses « décisions » (= attribution d'un sens à ses observations)

DEVEREUX G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Paris, 1980 (1^{ère} édition 1968), p. 17.

¹⁵ Depuis le début de cette étude, les chercheurs se sont inscrits, avec le soutien et l'accord du Comité d'Accompagnement, dans une méthodologie de « recherche-action ». Ce chapitre expose les balises méthodologiques que nous avons choisies.

¹⁶ Eg. KIRTON M. J., *Adaptation-Innovation. In the context of diversity and change*, Londres, New York, 2003.

¹⁷ BARBIER R., *La recherche-action*, Anthropos, Economica, 1996, p.49.

La RAE (Recherche-action existentielle) est un processus dans lequel les personnes sont considérées comme des cochercheurs. La méthode consiste à coconstruire un objet à travers trois phases présentées successivement par souci de clarté. Dans le cas présent, l'objet représente le dispositif de suivi en consultation prénatale.

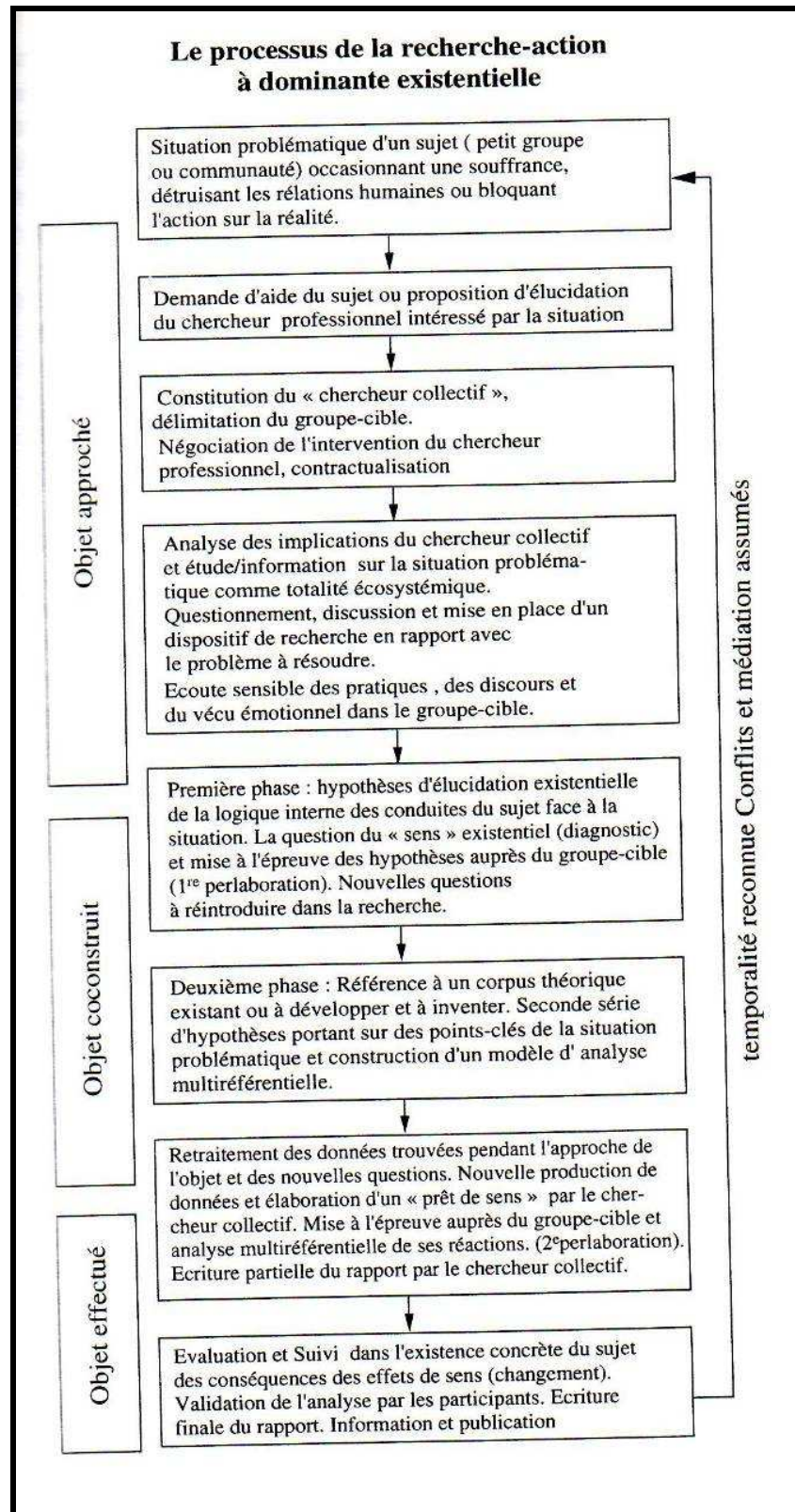
1. L'objet approché : définition de l'objet, de la situation, des questions avec les participants
2. L'objet coconstruit : construire et proposer des solutions, s'interroger sur les solutions proposées
3. L'objet effectué : il s'agit de revenir sur tout ce qui a été fait et de l'intégrer dans la pratique

« L'objet final de la recherche-action existentielle demeure un changement de l'attitude du sujet (individu ou groupe) en rapport à la réalité qui s'impose en dernière instance (principe de réalité). Il ne s'agit pas pour autant, d'attendre un changement miraculeux ou de rester dans une attitude de passivité. En vérité, dans l'action, même en faveur du changement social et personnel, une lucide appréciation du principe de réalité demeure constante". La RAE vise tout autant le changement individuel, collectif et institutionnel.¹⁸ Notre idée était d'assurer un squelette similaire aux trois sites qui faciliteraient leur comparaison en termes de processus.

Les arguments en faveur de notre choix sont :

- la RAE a déjà été appliquée dans des contextes médicalisés ou sanitaires, donc en adéquation au contexte ;
- d'un point de vue épistémologique, elle est proche des théories ethnosociologiques, auxquelles nous nous référons, donc cohérence théorique ;
- elle se définit comme un art de rigueur clinique, développé collectivement, en vue de l'adaptation relative de soi au monde, donc participation collective et changement
- elle s'inscrit dans les méthodologies d'analyse institutionnelle.

¹⁸ BARBIER R., p. 49.



ii. Schéma de la recherche-action

Sur deux des sites, nous avons utilisé la technique suivante : à partir d'une question, d'une problématique, nous avons proposé au groupe de travail de réfléchir à une solution pratique (e.g. une fiche de liaison). Il s'agit d'un objet concret sur lequel travailler. Cet objet ne désigne pas directement les pratiques des professionnels, mais permet de les questionner dans un environnement sécurisé. Cependant, cette démarche ne semble pas fonctionner si l'équipe a déjà par le passé développé un ensemble d'outils. Dans ce cas, il est préférable de demander à l'équipe de se remémorer ou de lister ce qui a été fait, ce qui a fonctionné, ce qui fonctionne toujours, ...

2. L'ethnométhodologie

Dans notre perspective, l'expérience formalisée (théorisée) des professionnels est à la base de toute la démarche. Afin de rencontrer ce programme, nous préférons une approche « ethnométhodologique ». Garfinkel emploie le terme « ethnométhodologie » pour référer à l'étude des propriétés rationnelles des expressions indexicales et des autres actions pratiques, en tant qu'elles sont des accomplissements contingents et continus des pratiques organisées et ingénieuses de la vie de tous les jours. « Tout contexte organise ses activités aux fins de rendre ses propriétés – en tant qu'environnement organisé d'activités pratiques – décelables, racontables, enregistrables, rapportables, démontrables, analysables – bref observables-et-descriptives (*accountable*) ». ¹⁹ Il s'agit d'une méthode qui permet de rendre compte de la rationalisation des expériences vécues par les professionnels par le moyen d'une analyse réflexive réalisée par ces derniers. Dans un contexte professionnel, elle est indiquée pour comprendre comment les professionnels structurent et pensent leur pratique. ²⁰

3. Une pratique réflexive dans l'action

«Quand nous parlons de nos actions spontanées et intuitives de notre vie quotidienne, nous nous présentons d'une certaine manière comme "savant". Quand nous essayons de décrire ces raisons, nous nous sentons perdus, ou nous produisons des descriptions évidemment inappropriées. Notre savoir à propos des raisons, des motivations et volitions de nos actions sont, ordinairement, tacites ou implicites. Il semble donc juste de dire que 'notre savoir est dans nos actions' ». ²¹

¹⁹ GARFINKEL H., *Recherches en ethnométhodologie*, Puf, Paris, 2007, p. 63, 64 et 95.

Certains professionnels dans les consultations, surtout les plus jeunes, pratiquent, à notre place, une des techniques de l'ethnométhodologie : le *breaching*. Ce terme désigne une intervention, une parole, un geste dont on sait qu'il contrevient aux normes d'un groupe. En provoquant un *quiproquo*, l'observateur se donne l'occasion de voir comment le groupe réagit. Le fait que les professionnelles les plus jeunes ne maîtrisent pas l'ensemble de la culture professionnelle de leur consultation les met en position de pratiquer le *breaching*. Par exemple : *vous savez, les informations on se les passe dans des dossiers, tous se passe bien ...* . A ce moment, une TMS intervient : *oui, mais on passe plein de choses, souvent entre les portes... .*

²⁰ ABSIL G., *À Bruxelles, quand l'expérience balaie des critères préconçus d'évaluation in santé de l'homme*, n° 390- juillet-août 2007, p. 41-42.

²¹ SCHÖN D. A., *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, Etats-Unis d'Amérique, 1983, p. 49 (traduction G. Absil)

La théorie du ‘savoir (*knowing* et *knowledge*) dans l’ « action » se révèle adéquate pour expliquer, en partie, la particularité de cette étude. Dans la mesure, où premièrement, il est très compliqué pour les professionnels d’adopter un « projet » (le dispositif de suivi) sans le mettre en question par rapport à leur pratique (« quels sont les freins et les facilitateurs de l’opérationnalisation ? ») : où, deuxièmement, les professionnels, même avec de bonnes compétences réflexives, expriment leurs difficultés à « dire ce qu’ils font’ *in abstracto*, nous avons accepté l’idée que leur ‘savoir est dans leurs actions ». « Dans sa pratique quotidienne, le professionnel pose d’innombrables jugements de qualité pour lesquels il ne peut fixer des critères adéquats, et il démontre des compétences par rapport auxquelles il ne peut fixer ni règle ni procédure ». ²² Bien que cette proposition ne soit pas neuve, il est néanmoins utile de clarifier les implications de ce choix, de même que d’apporter des références théoriques ‘reconnues’ à ce sujet.

L’affirmation de légitimité du « savoir-dans-l’action » constitue un des intérêts des propositions théoriques de Schön. « Bien que la « réflexion-in-action » un processus soit extraordinaire, il n’est pas un événement rare. En fait, pour les professionnels « réflexifs », il s’agit du cœur de leur pratique. Malheureusement, parce que le professionnalisme reste principalement identifié avec l’expertise technique, « réflexion-in-action » n’est pas généralement admis comme un savoir professionnel légitime ». ²³

On résume la théorie de Schön sous le vocable de « praticien réflexif » (ou parfois de « science action ») qui est capable d’apprendre en réfléchissant à sa pratique. Une limite est souvent posée à cette théorie : faisant la part belle au praticien, elle oublie que celui-ci évolue dans une organisation. Au sein de cette organisation, la valorisation du « praticien réflexif » entraîne flexibilité et autonomie, mais elle peut aussi amener à la « sur-responsabilisation » individuelle.

4. Les questions de recherche

Au départ de cette recherche, il s’agit d’introduire un dispositif de suivi prénatal dans les trois CPN retenues et d’analyser les difficultés rencontrées et les solutions inventées par les professionnels.

Quels sont les éléments des processus sur les trois sites qui ont été des facilitateurs ou des freins de l’institutionnalisation de l’entretien prénatal ? En quoi ces éléments sont-ils à prendre en compte ou à retravailler dans d’autres CPN ? Ou, reformulé dans le vocabulaire de la recherche-action : les facilitateurs et les frein constituent-ils un « nouveau savoir » sur lequel la construction d’un dispositif de soutien à la parentalité pourrait s’instituer ? En quoi ces éléments de processus pourraient-ils « favoriser » une « auto-évaluation » des CPN qui devraient se mettre en projet vers un dispositif de soutien à la parentalité ?

Les résultats de la recherche constituent un référentiel (un ensemble d’objectifs et de recommandations) permettant de faciliter l’institutionnalisation d’un dispositif de suivi dans toutes les CPN

²² SCHÖN D. A., *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, Etats-Unis d’Amérique, 1983, p. 54 (traduction G. Absil)

²³ SCHÖN D. A., *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, Etats-Unis d’Amérique, 1983, p. 6 (traduction G. Absil)

II. Produire et analyser les données

A. Les sources de données

1. Le schéma de la recherche-action : trois sites et des rencontres intersites

Trois sites pilotes ont été retenus pour cette recherche. Les sites ont été sélectionnés sur base des critères suivants :

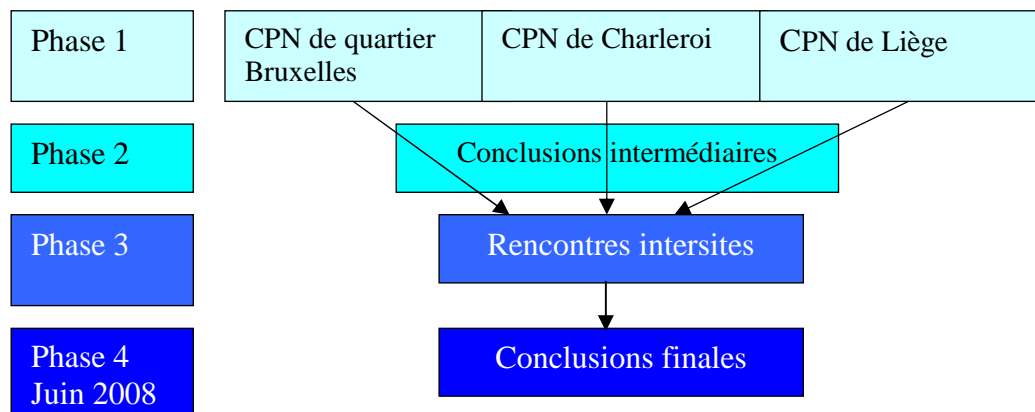
- diversité des contextes (hospitalier/quartier),
- diversité des territoires (Charleroi, Liège et Bruxelles),
- participation à l'enquête de faisabilité précédente.

Les trois sites retenus sont :

- la consultation prénatale de quartier de Bruxelles,
- la consultation prénatale hospitalière de Liège,
- la consultation prénatale hospitalière de Charleroi.

La recherche-action débute par un travail en parallèle dans chaque site et se conclut par une mise en commun des réflexions au cours de trois rencontres intersites.

- L'objectif de la première phase est de permettre à chaque site impliqué de développer une réflexion sur les pratiques et la mise en place d'un projet.
- L'objectif de la deuxième phase est d'organiser les observations et les discussions sur les différents sites afin de formuler des questions pour la troisième phase.
- L'objectif de la troisième phase est une validation des conclusions intermédiaires.
- L'objectif de la quatrième phase est la rédaction d'un rapport à partir des conclusions validées par les professionnels.



iii. Schéma de la recherche en CPN

Cette recherche-action s'était dotée d'un protocole qui devait être présenté aux équipes des différents sites. Le protocole retenu était que, sur chaque site, deux personnes (TMS, sage-femme) seraient les référents de ce qui se passe sur le site. Ces deux référents auraient été soutenus par les chercheurs afin de collecter des informations sur l'institutionnalisation de l'entretien prénatal. Les bases du travail étaient les conclusions de l'enquête de faisabilité et

les propositions du Dr. Molénat. Aucune équipe n'a adhéré à ce cadre. Par exemple, il semblait peu réalisable de désigner des référents fixes. Le protocole de la recherche a été renégocié sur chaque point. Ces négociations ont cependant abouti à des propositions similaires entre les différents sites. A des référents fixes, il était préféré un groupe de travail dont la seule obligation était de se réunir à intervalle régulier et où la présence n'était pas obligatoire. Cette modalité de travail en groupe restreint est toutefois difficilement réalisable lorsque le personnel de la CPN n'est pas suffisamment nombreux.

Nous n'avions aucune idée quant aux pratiques de chaque équipe, ni aux compétences des professionnels en terme de méthodologie de projet, il nous paraissait plus adéquat d'essayer de mettre tout le monde sur un pied d'égalité avant les rencontres intersites, surtout que parmi les sites, celui de Liège était déjà dans la 'mouvance Molénat'. Notre idée était que les sites devaient travailler chacun de leur côté avant de se rencontrer, pour qu'au moins chacun soit parvenu à une forme discutable d'un outil, d'un projet avec les autres équipes.

2. L'observation participante

Pour cette étude, nous avons privilégié l'observation participante comme méthode d'investigation. Sans entrer dans les discussions spécialisées sur la possibilité de l'observation participante (voir Copans) ou sur les variétés de l'observation participante²⁴, nous la définissons comme : «une technique de recherche qualitative qui permet au chercheur de recueillir des données de nature surtout descriptive en participant à la vie quotidienne du groupe, de l'organisation, de la personne qu'il veut étudier».²⁵ Nous incluons dans l'observation participante l'ensemble des entretiens de groupes ou individuels réalisés au cours de cette étude.

L'observation participante est liée à un terrain. Le terrain, ce n'est pas la consultation prénatale et/ou le contexte dans lequel elle est implantée. Le terrain est le suivant : il s'agit de «la mise en projet d'une consultation prénatale à propos de l'entretien prénatal». Les chercheurs participent aux activités de l'équipe liées au projet de l'«entretien prénatal», mais ils ne participent pas à toutes les activités de la consultation. Le chercheur de l'APES-ULg ne peut, c'est une question de déontologie, pratiquer des actes médicaux ou sociaux. Le chercheur de l'APALEM, bien que plus intégré dans le contexte hospitalier, n'est pas membre du personnel de l'ONE. Les chercheurs étaient directement impliqués dans les différentes phases du processus.

Les données issues de l'observation participante ont été consignées dans des "carnets" pour un total de 308 pages. Ainsi, nous avons tenu :

- Un carnet pour le site de la Consultation prénatale hospitalière de Charleroi (86 pages)
- Un carnet pour le site de la Consultation prénatale hospitalière de Liège (98 pages)
- Un carnet pour le site de la Consultation prénatale de quartier de Bruxelles (54 pages)
- Un carnet transversal (70 pages)
- Les comptes rendus des séances de travail

Le carnet transversal mérite une attention particulière. Il contient, certes les réflexions, les remarques, les observations communes aux trois sites, mais aussi, toutes les notes prises lors

²⁴ Par exemple voir WINKIN Y., *Anthropologie de la communication*, Essais, Points, n°448, Paris, p. 159-160.

²⁵ BOUCHARD S. et CYR C., *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique*, Presse de l'Université du Québec, Canada, 2005, p. 420.

des comités d'accompagnement et autres réunions institutionnelles qui ont eu lieu au cours du projet. Ainsi, pour nous, les réunions du Comité d'accompagnement sont-elles, à la fois, des indications précieuses pour mener notre travail, l'occasion de demander des conseils ou du soutien, et une source de données. Les extraits des carnets sont présentés dans des encadrés gris dans le corps du document.

Conformément aux souhaits de chaque équipe, seuls les travaux de l'équipe de Charleroi ont été entièrement enregistrés. Quelles que soient les options choisies par les chercheurs et les précautions prises pour noter le processus de la recherche-action, une partie du phénomène observé nous échappe.

3. Les réalisations des équipes

Outre les données enregistrées par les chercheurs, les professionnels des CPN ont produit de nombreux documents de qualité, parfois dans de nombreuses versions de travail. Tous ces documents sont pour nous des sources d'information très importantes, qu'il s'agisse des versions transitoires porteuses des questionnements des équipes ou des versions finalisées porteuses des décisions ou des compromis.

Les réalisations sont des propositions formalisées comme pistes de solution en rapport avec un problème récurrent et identifié par les équipes durant la recherche. Les réalisations des équipes constituent le cœur de cette recherche : elles représentent à la fois un aboutissement de cette étude et un point de départ pour continuer la réflexion liée à la diffusion du dispositif. Les documents produits par les professionnels engagés dans cette recherche illustrent le processus du passage d'un savoir d'action à un savoir formalisé et explicite. C'est-à-dire que les documents produits témoignent de la capacité des professionnels à formaliser, à mettre en mots et en images leur pratique pour la communiquer. Avec l'accord des professionnels, tous les documents produits constitueront un matériel précieux pour de futures formations.

B. L'analyse des données

1. L'analyse de contenu

Les carnets de notes et les documents ont fait l'objet d'un codage des données (C'est-à-dire l'émergence de catégories puis l'application systématique de ces catégories). L'analyse est effectuée de manière itérative en cours de recherche et à la fin. Miles et Huberman²⁶ appellent l'analyse des données 'opération de réduction'. Pour ces auteurs, l'analyse des informations dans le cadre d'une méthode qualitative consiste essentiellement à trouver des stratégies de synthèse, de mise en relation et de présentation des informations. Cette opération de réduction des données est une forme de codage ouvert – non systématique. Nous avons suivi la méthode qui consiste à relire les notes et à les annoter avec des commentaires. Les lectures ne s'effectuent pas en fin de recherche, mais pendant celle-ci. Afin de distinguer les différentes relectures, nous avons utilisé des couleurs différentes. Ces lectures nous ont amenés à voir surgir des régularités, des *patterns*.²⁷

²⁶ MILES M. B. et HUBERMAN, A. M., *Analyse des données qualitative* (1994). Bruxelles: de boeck, ,2003.

²⁷ WINKIN Y., *Anthropologie de la communication*, Essais, Points, n°448, Paris, p. 149.

2. Une analyse « ensemble »

Il serait injuste d'oublier l'importante contribution à l'analyse des professionnels impliqués dans cette recherche-action. Tout le sens qui peut se dégager des commentaires est avant tout un sens partagé et coconstruit avec les professionnels. Sans leur expertise, sans leur connaissance, peu de ce rapport aurait pu être écrit.

Les propositions contenues dans les conclusions de ce rapport ont été validées par les professionnelles ayant participé à cette recherche.

C. Au-dessus et entre les consultations....

Les sites ne sont pas restés isolés les uns des autres. Les chercheurs ont utilisé des éléments de réflexions issus d'un site pour les soumettre à l'avis des professionnels des autres sites. A ces échanges viennent s'ajouter toutes les réflexions issues des nombreuses réunions de travail entre les équipes de l'APES-ULg et de l'APALEM, ainsi que les nombreuses réflexions échangées avec des gynécologues, des infirmières, des « cadres de l'ONE » et la participation à certains groupes de travail. Bref, tout un ensemble d'interactions qui, avec le recul, fournissent un liant entre les observations et les expériences pilotes sur les sites.

1. L'organisation d'une concertation entre les coordinatrices des équipes

Dès le début, sur les trois sites, la recherche a reçu l'appui des coordinatrices des équipes. Cette implication des coordinatrices est certainement un élément moteur de toutes les démarches.

Très rapidement, les trois coordinatrices se sont contactées pour échanger leurs questions et leurs informations concernant cette recherche. Notamment, elles se sont échangées des idées, des trucs et ficelles, des solutions pour gérer au mieux l'articulation de la recherche avec le travail de leurs équipes.

Le travail en réseau des coordinatrices entre elles, réalisé spontanément, est un des facilitateurs de cette recherche. Nous avons prévu d'organiser une rencontre entre les coordinatrices, celles-ci l'on fait d'elles-mêmes.

2. Qui peut prendre des décisions pour quoi ?

Certainement, le projet de recherche a finalement porté ses fruits. Cependant, les écarts entre ce qui était prévu, ce qui a été expliqué et ce qu'il a été possible de faire ont été parfois importants. D'où, cette réflexion d'un TMS : 'vous annoncez quelque chose puis après c'est différent'. Sans que cela porte des préjudices graves à la recherche en elle-même, cette situation a englouti une partie du temps de travail et de l'énergie des chercheurs.

3. Quelle articulation avec d'autres projets ?

Les professionnels des différents sites n'ont jamais été au clair quant à l'articulation de ce projet avec la réforme des consultations prénatales, pas plus qu'ils ne comprenaient son articulation avec d'autres projets comme le groupe de réflexion sur les vulnérabilités ou l'enquête AGNES.

Savoir si, oui ou non, ce projet est en lien avec la réforme des consultations prénatales est la question récurrente des professionnels impliqués dans cette recherche. Nous pensions, naturellement, que ce projet avait un lien avec la réforme des consultations. Mais, prudemment, nous avons dit aux sites que le projet devait être un élément parmi d'autres pour réfléchir à cette réforme.

4. Les réunions interuniversitaires

Le projet s'est aussi nourri des fructueuses et intéressantes rencontres avec l'équipe du projet AGNES de l'ULB. Ces rencontres ont permis de dégager des objectifs de convergence entre les deux projets et ainsi d'enrichir mutuellement les réflexions.

Certainement, les rencontres interuniversitaires prennent du temps. Cependant, elles permettent de croiser des compétences à la fois liées aux sciences humaines et à l'épidémiologie, ce qui n'est pas courant tant, parfois, les mondes de la recherche sont étanches les uns aux autres.

Le travail effectué avec l'équipe de l'ULB et les échanges qui en ont résulté participent à cette recherche-action : qui se situe en complémentarité avec l'étude sur le profil des mères.

5. Le Comité d'Accompagnement

Le rôle du Comité d'accompagnement est déterminant dans cette recherche-action. En effet, la recherche-action est un processus de construction du sens et du symbolique. Tous les membres du Comité d'accompagnement comptent comme des acteurs de cette recherche-action parce qu'ils ont participé à une herméneutique des résultats par des questionnements, des précisions et des apports conceptuels.

D. Présentation des données et des résultats

En accord avec le Comité d'accompagnement, la partie descriptive et chronologique du travail sur chaque site ne figure pas dans ce rapport. Nous ne gardons, en termes de description, que les éléments qui donnent sens à ce rapport. Nous avons procédé de manière à limiter autant que possible l'identification des personnes engagées dans la recherche.

La présentation des données et des résultats est construite en trois temps, qui représentent les étapes de cette recherche-action. Le chapitre III est consacré à la présentation du processus de la recherche sur chaque site et lors des rencontres intersites. Le chapitre IV présente l'analyse transversale des processus et phénomènes apparus durant cette recherche. Le chapitre V est consacré à la présentation du projet de référentiel, objectif de cette recherche. Ces trois parties peuvent se lire de manière complémentaire. Cependant, la lecture du chapitre V peut suffire pour une compréhension des résultats.

Le lecteur trouvera dans le chapitre IV (l'analyse transversale) des encadrés grisés qui sont des observations issues du travail sur les sites.

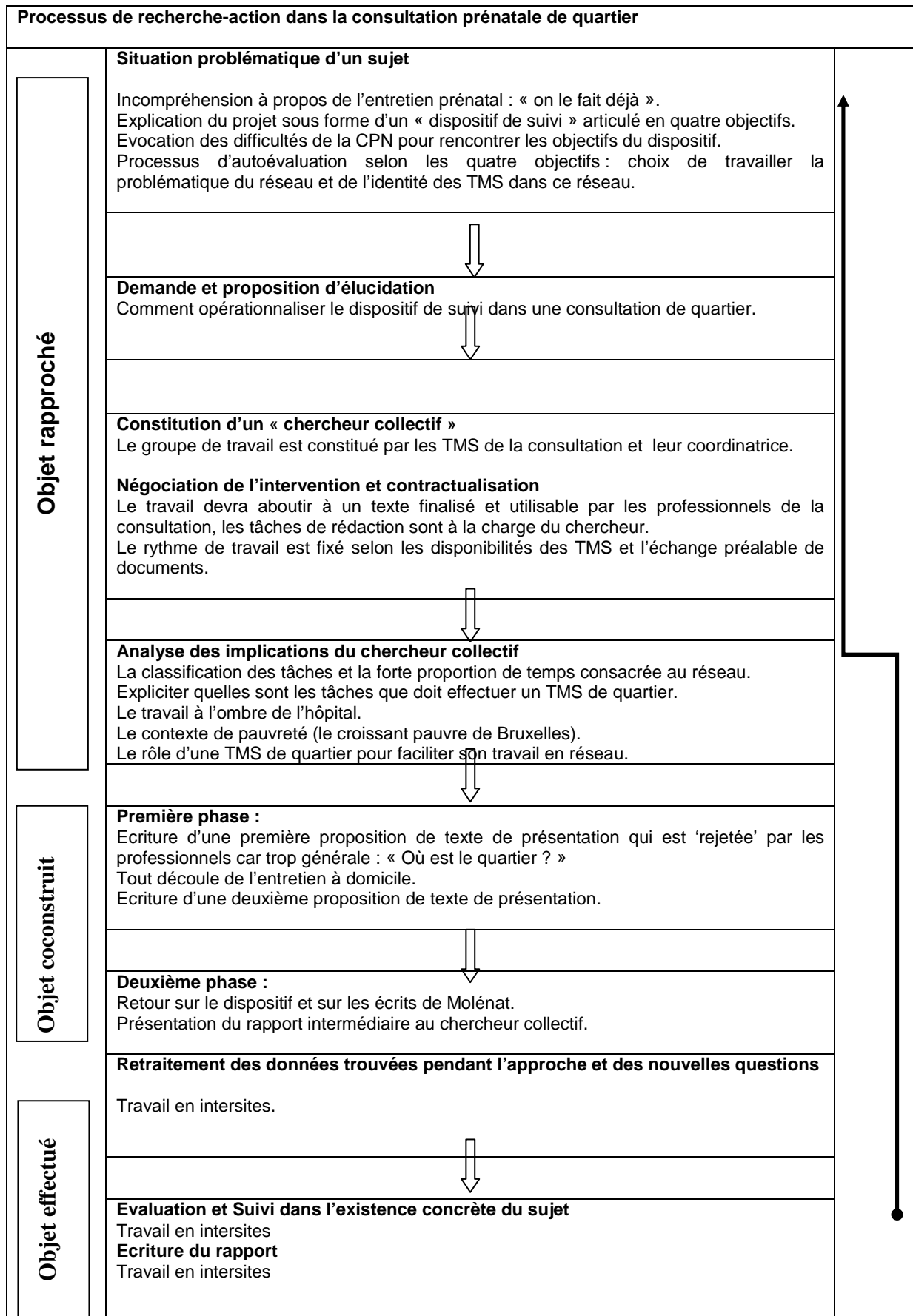
III. La recherche-action sur chaque site

Les trois consultations présentent la caractéristique commune d'avoir une population précarisée et d'être implantées dans le tissu urbain de grandes villes.

	Charleroi	Liège	Bruxelles
Groupe de travail	4 TMS dont une de liaison, ouverture vers les sages-femmes Participation de la coordinatrice	4TMS Participation de la coordinatrice	2 TMS Participation de la coordinatrice
Rythme de travail	1 x par semaine, le jeudi matin	Selon les disponibilités, à fixer après chaque rencontre	Selon les disponibilités, à fixer après chaque rencontre
Choix d'une priorité	Le travail en collaboration	Le travail en collaboration	Réseau
Objet concret	Une fiche de communication	L'identité des TMS	Identité des TMS dans le réseau
Demande de formation par l'équipe	Les relations interculturelles	Les relations interculturelles	Les relations interculturelles
Demande de soutien	Entretiens Profil des mères (des indicateurs de vulnérabilité)	Entretiens Profil des mères (des indicateurs de vulnérabilité)	Entretiens Profil des mères (des indicateurs de vulnérabilité)
Poids du contexte	L'hôpital La misère	L'hôpital L'insécurité de l'emploi	'isolée' A l'ombre de l'hôpital
Souhait de rencontres intersites	Oui	Oui	Oui
Rédaction d'un projet	Oui	Oui	Oui
Réalisation	Fiche de liaison Powerpoint qui présente l'équipe	Actualisation d'un Powerpoint qui présente l'équipe	Présentation de la CPN

iv. Tableau des caractéristiques des trois sites

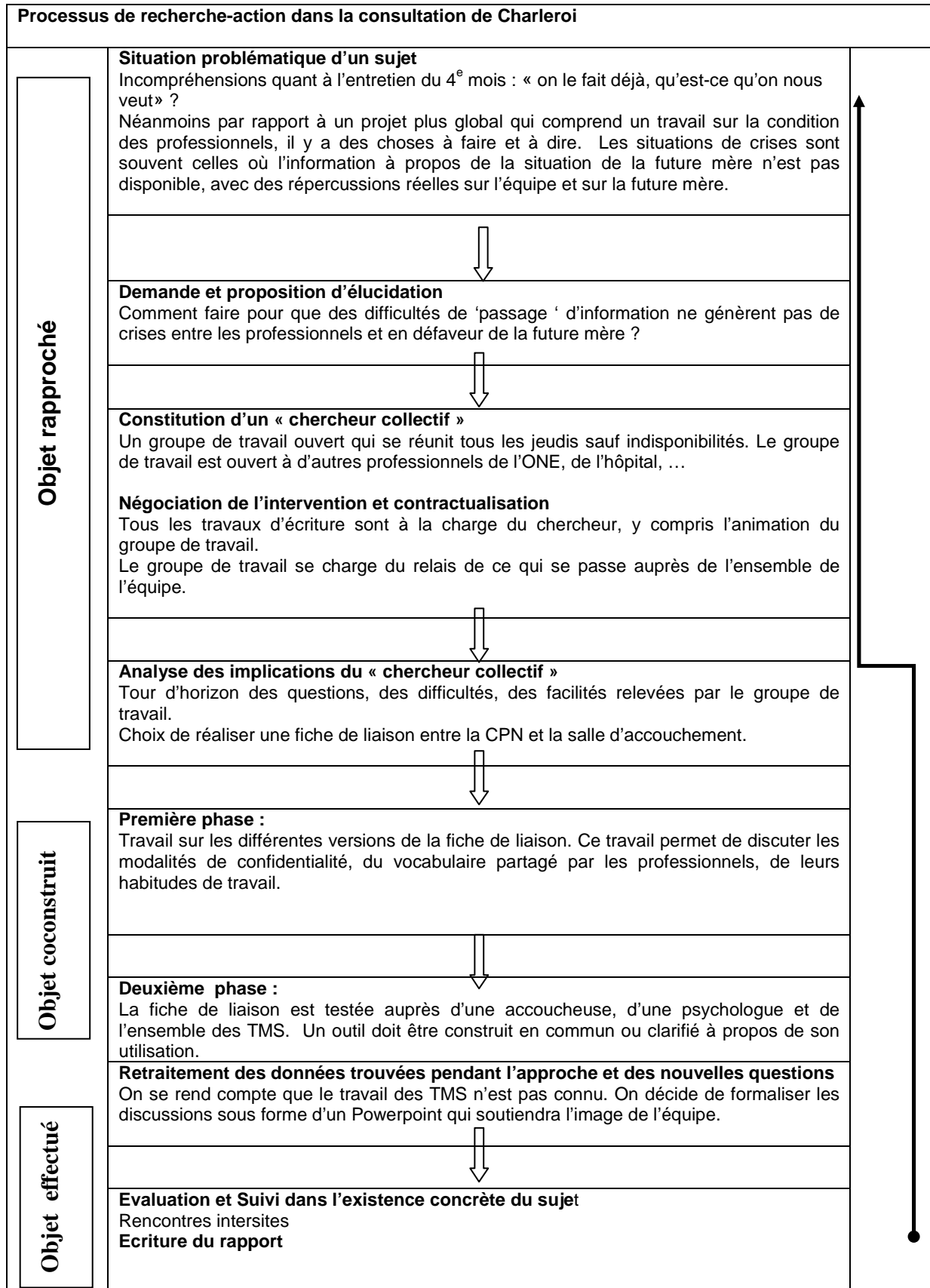
A. Une consultation de quartier à Bruxelles



v. Processus de RAE-CPN de quartier

Après une prise de contact, le travail débute par une clarification des objectifs de cette recherche : pourquoi faire ? Quel intérêt ? Il apparaît rapidement que l'entretien prénatal n'est pas perçu comme une bonne idée puisque les professionnels « le font déjà ». L'identification des tâches d'une TMS de consultation prénatale met en évidence la centralité de l'entretien à domicile et du travail de maillage entre les professionnels de prénatalité et les futurs parents. La CPN de quartier rencontre, comme difficulté, de ne pas être suffisamment connue et reconnue par ses partenaires et, en particulier, par ses partenaires hospitaliers. Un outil de communication avec les partenaires du réseau pourrait faciliter le travail de la CPN et améliorer le suivi des futurs parents au sein du réseau. La co-rédaction de cet outil constitue le corps du travail avec cette consultation, l'objet réel, répondant à un besoin perçu, à partir duquel les conditions d'un dispositif de suivi vont émerger.

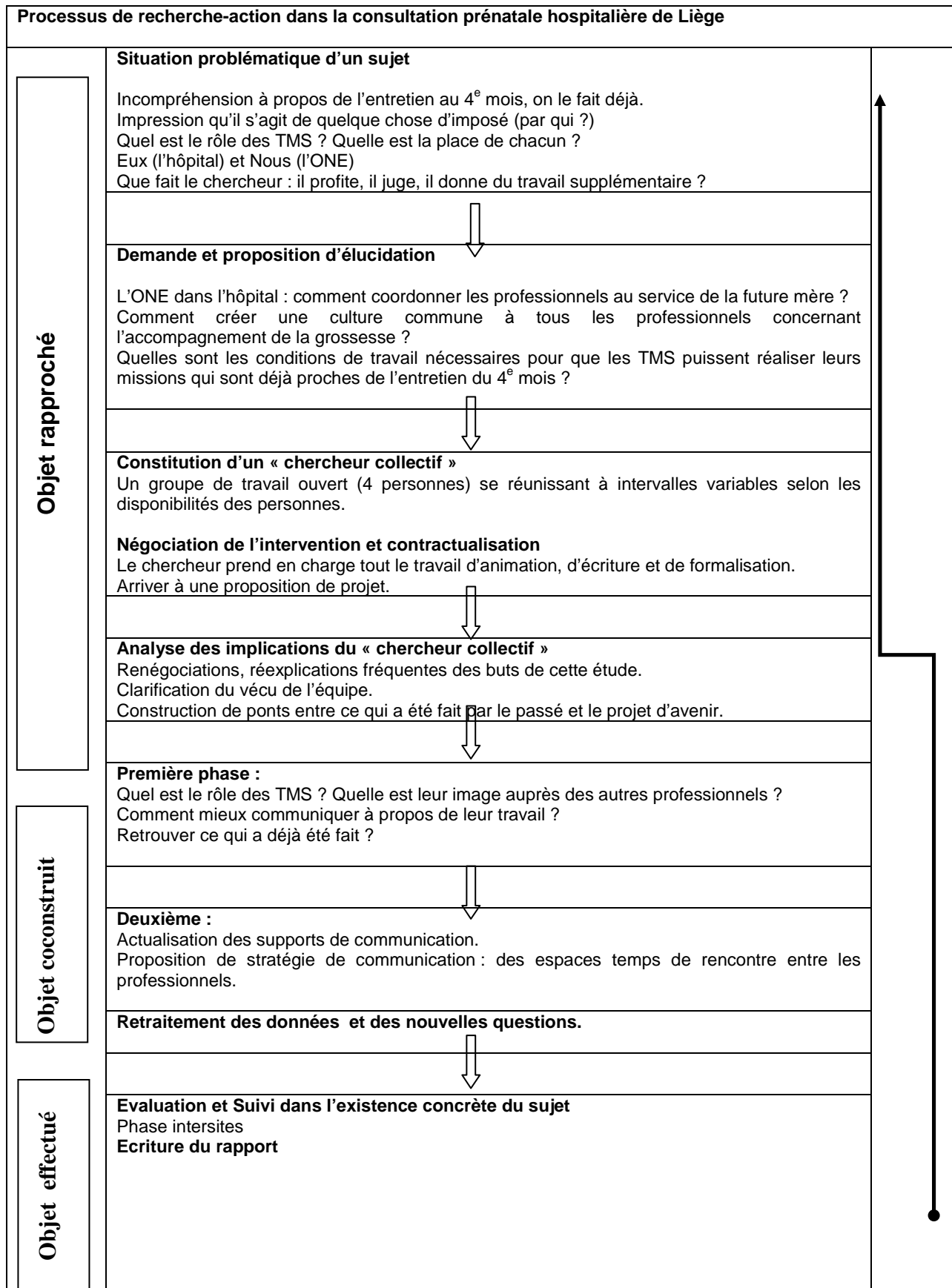
B. La consultation prénatale hospitalière de Charleroi



vi. Processus RAE-CPN de Charleroi

Un premier contact est pris avec les TMS, puis avec la coordinatrice d'accompagnement. Les objectifs de la recherche sont présentés à l'ensemble de l'équipe. Cette réunion fonde l'organisation du travail avec l'équipe de Charleroi : qui participe, à quelle condition, à quelle régularité, ... ? L'entretien prénatal seul ne suscite pas d'intérêt ; à l'inverse des dynamiques qu'il peut susciter. Les premières discussions mettent en évidence l'intégration de l'équipe dans l'hôpital, mais aussi les difficultés liées au partage des informations entre les TMS et les sages-femmes, en particulier en l'absence de la TMS de liaison. Le travail réalisé sur ce site est de produire une fiche de liaison entre les TMS et la salle d'accouchement : quelles informations transmettre, quel vocabulaire, quelle précision, quelle limite au respect des confidences des parents, ... ? Le travail sur l'usage de la fiche de liaison permet l'émergence des conditions pour un meilleur travail en réseau. Le groupe de travail est aussi l'occasion d'associer d'autres professionnels. Du travail sur la fiche de liaison et des « passerelles » avec les autres sites, naît la réalisation d'une présentation de la CPN précisant ses rôles, ses fonctions et ses attentes.

C. La consultation prénatale hospitalière de Liège



vii. Processus RAE-CPN Liège

La négociation de la démarche est particulièrement difficile. Le travail réalisé avec l'équipe met en avant les ressources de celle-ci : de nombreux outils ou procédures ont déjà été testés. La question la plus épineuse relève des relations entre les TMS et certains professionnels de l'hôpital. Les discussions portent sur les stratégies développées pour entretenir les liens entre la CPN et l'hôpital : un projet clair pour la CPN, une clarification de ses rôles, des surfaces de contact entre les partenaires (groupe de travail, formation, ...)

IV. Analyse transversale des trois sites : comment le projet s'est-il construit ?

L'objectif de ce chapitre est d'exposer les facilitateurs et les freins qui ont émergé durant cette recherche-action et qui sont communs aux trois sites. D'une part, l'exposition des facilitateurs et des freins participe à l'élucidation de la recherche, d'autre part elle met en lumière des connaissances nées des interactions entre les savoirs d'expertise des professionnels en contexte. Ces facilitateurs et freins sont donc autant de pistes pour construire un référentiel, en terme de points d'appuis pour une action future.

Comme le montre le schéma de la page suivante, les trois sites ont connu les mêmes étapes, les mêmes phases, classées ici d'après la modélisation de Barbier. Ces schémas sont évidemment assez loin de la dynamique propre à chaque site : ils ne tiennent pas compte des doutes, des avancées et des reculs des professionnels. Nous ne cherchons pas à isoler un site en particulier, ni à dire que l'un est mieux que l'autre ou à évaluer l'un par rapport à l'autre. Notre volonté est de donner une vue synthétique du processus et de dégager quels ont été les facteurs facilitants et les facteurs freinants de cette recherche-action dont l'objet est, rappelons-le, « le test d'un dispositif de suivi en consultation prénatale ».

Cependant, une différence fondamentale apparaît entre les sites. Il n'est pas toujours possible de comparer le travail réel effectué dans une consultation de quartier et dans des consultations d'hôpital. C'est pourquoi, lorsque c'est opportun, et aussi parce que les professionnels en ont manifesté le souhait nous parlerons des spécificités de la consultation de quartier.

A. Les facilitateurs

1. Les facilitateurs liés au processus de recherche

1.1. L'apport d'un regard extérieur

Comme cela a été mentionné dans l'un des groupes, l'apport d'un regard extérieur sur les pratiques des professionnels facilite le travail de réflexivité à partir d'un savoir pratique et de routines implicites.

D'autres le font

L'adhésion de la CPN de Charleroi à la démarche compte parmi les éléments qui ont permis de débiter le travail sur le site de la consultation de quartier. L'explication de comment ça se passe dans d'autres consultations serait l'illustration qu'il est possible de négocier la méthode de travail. Un site dynamise l'autre par des effets de miroir, mais aussi par le réseau d'échanges qui s'est constitué entre les coordinatrices.

Mais c'est incompréhensible ... maman à encadrer ?

Les échanges d'information avec les autres professionnels sont soumis à une condition : 'que ces informations ne soient pas mal utilisées', c'est-à-dire utilisées contre la future mère. C'est tout l'enjeu de la stigmatisation ou du dossier qui suit les parents en les enfermant dans une situation passée qui ne serait plus la leur.

Peut-être est-ce cela qui génère des stratégies de rédaction des feuilles de situations sociales. Comme l'écrit reste, comme parfois les écrits sont restés contre l'avis des TMS, comme parfois l'écrit est mal interprété, elles préfèrent ne pas trop en dire, quitte à utiliser des locutions tellement vides quelles suscitent la curiosité ou l'énervement des autres professionnels. « Maman à encadrer » serait une sorte de « macro concept » qui prévient les risques de stigmatisation. Le problème est que ces « macro concepts » desservent parfois les futures mères au bloc d'accouchement, ils ne permettent pas la construction d'un environnement sécurisé. Le vocabulaire, les « macro concepts », utilisés par l'équipe des TMS font sens avant tout pour l'équipe : pour les TMS l'information transmise est toujours celle qui est utile et nécessaire, même pour les situations d'urgence. Or, comme elles le disent si les autres professionnels ont besoin d'informations supplémentaires, elles peuvent les demander aux TMS. Que se passe-t-il si les TMS ne sont pas présentes.

Extraits des carnets d'observations

1.2. Des espaces de négociation et de collaboration

Les propositions des groupes de travail trouvent un écho auprès des institutions s'il existe des espaces de négociation et de collaboration entre les professionnels issus d'institutions différentes. Le groupe de réflexion sur le dispositif de suivi peut constituer un des ces espaces de négociation et de collaboration dans la mesure où il est ouvert à d'autres professionnels.

Une équipe intégrée dans l'hôpital

L'équipe des TMS est particulièrement bien intégrée dans l'hôpital. Les relations avec les professionnels de l'hôpital sont bonnes, même si parfois cela passe par l'acceptation de tâches qui ne relèveraient pas de la fonction des TMS. L'équipe s'est donnée comme ligne de conduite de discuter avec les professionnels de l'hôpital, voire de faire leur éducation en matière de 'stigmatisation sociale'.

Extraits des carnets d'observations

L'Hôpital partenaire ou concurrent ?

L'initiative de l'hôpital de constituer un groupe pluridisciplinaire va dans le sens du projet qui est proposé par les TMS. Mais, l'initiative de l'hôpital, suite au GIP, est rapide. Le groupe est déjà opérationnalisé sans qu'il se soit donné les moyens de préciser son rôle ou son fonctionnement. Quelle place les TMS peuvent-elles prendre dans ce groupe alors qu'elles n'ont pas été invitées à une discussion sur son fonctionnement ?

Une relation entre eux et nous

Depuis le début, un indice nous avait alerté sur la représentation du positionnement de l'ONE au sein de l'hôpital. Il avait même été question d'*îlot*. L'ensemble des discours produits lors des séances du groupe de travail témoigne d'un rapport très réifié des relations entre eux (l'hôpital) et nous (les TMS). La différence la plus importante posée entre les deux groupes concerne la « question du social » qui est un des fondements de l'identité du groupe des TMS. Le social, c'est tout aussi bien la relation de confiance avec la future mère qu'une spécificité par rapport au travail de « l'autre », souvent ramené au somatique et/ou à la rentabilité. L'intégration de sages-femmes auprès de la CPN est un facilitateur reconnu par les TMS concernant leur relation avec l'hôpital. Cette frontière est renforcée par le reflet que les TMS ont de leur travail : se sentir désignée comme « la pause café ». La frontière est aussi renforcée par des ressentis, forts, liés à des interactions mal vécues avec des professionnels de l'hôpital. Quelles que soient les raisons de ces interactions, elles marquent les esprits.

Extraits des carnets d'observations

Ne pas confondre le document produit et l'objet coconstruit

Le document produit est une sorte « d'objet médiateur » qui permet aux professionnelles de parler de leur pratique et d'expliquer comment elles verraient la mise en place du dispositif. Le choix de produire un document qui présente le rôle d'une TMS dans une CPN de quartier est une porte d'entrée sur le travail en réseau, sur la place et les pratiques de l'entretien, sur le secret professionnel, sur les difficultés de travailler avec un public défavorisé, ...

L'objet coconstruit, c'est l'ensemble des formalisations réalisées dans le cadre de cette étude : la liste des tâches, la répartition des tâches selon qu'elles relèvent ou non du 'job' des TMS, le positionnement avec ou contre l'hôpital, ... Évidemment, plus le travail avance, plus la superposition entre le document produit et l'objet coconstruit est importante.

Extraits des carnets d'observations

2. Les facilitateurs liés aux structures

2.1. Un phénomène d'auto-évaluation encadré

Le « travail » effectué par les professionnels s'apparenterait à une auto-évaluation encadrée. Une auto-évaluation parce que le projet de l'entretien prénatal a été l'occasion de réfléchir sur sa pratique. Poser la question « comment pourrait-on concrètement faire l'entretien prénatal ? » nécessite de s'interroger sur les conditions de possibilité de cet entretien en regard des habitudes de travail.

Cependant, ce phénomène est différent d'une réflexivité pratiquée au quotidien : les professionnels réfléchissent en groupe ; un ou deux animateurs leur proposent une méthodologie de travail négociée.

Pour débiter : il faut pouvoir s'auto-évaluer

L'utilisation du rapport de l'enquête de faisabilité ne suffit pas pour définir la situation problématique de l'équipe. Au mieux, il peut constituer un point de départ, des réflexions à partager et à discuter. Le début du travail passe par une rediscussion des fondements du dispositif. Une auto-évaluation doit être conduite par le groupe de travail concernant l'identité des TMS, les conditions de travail, les anecdotes qui ont marqué leur pratique, ...

Extraits des carnets d'observations

2.2. Un espace de réflexivité et d'empowerment professionnel

Les groupes, qui dans chaque consultation, ont participé à cette recherche-action se sont constitués comme des espaces de réflexivité et d'empowerment professionnel.

Travailler en groupe restreint mais ouvert

Le groupe de travail est resté ouvert. Les TMS, à leur initiative et à celle de leur coordinatrice, ont invité d'autres professionnels pour tester leurs idées. Lors de ces rencontres avec d'autres professionnels, des idées ont été échangées ainsi que des points de vue sur les conditions d'échange de l'information.

Extraits des carnets d'observations

Comme espace de réflexivité, les groupes ont été le lieu d'un questionnement sur les pratiques professionnelles en lien avec la possibilité d'instituer un dispositif de suivi. Ce phénomène de réflexivité est facilité par les compétences des professionnels déjà très habitués à repenser leurs pratiques. La pratique réflexive a permis de construire, de formaliser des savoirs, des analyses, des ethno-évaluations menées par les professionnels, mais peu formalisées ou réactualisées. Les conclusions de ce rapport sont le fruit de cette pratique réflexive.

Travailler en groupe

Le personnel de la CPN n'est pas nombreux. Dès lors, en comparaison avec les autres sites, la variété des échanges est moindre. Il n'est pas possible d'installer une dynamique de groupe. Si le projet devait être étendu à toutes les consultations, nous préconisons de ne pas travailler à l'échelle d'une consultation si celle-ci ne peut constituer un groupe de travail, au sens d'un groupe restreint (ANZIEU D. et MARTIN J.-Y., *La dynamique des groupes restreints*, puf, Paris, 2007) : soit entre 5 et 12 personnes. D'où, la fin de ce travail, qui conclut sur une nécessité d'élargir le nombre de personnes impliquées dans la rédaction du texte.

Extraits des carnets d'observations

Comme espace d'empowerment professionnel, les groupes ont été le lieu de « la mise en mots » de l'identité professionnelle (Par exemple, les écarts entre les tâches prescrites et le travail effectué). L'empowerment professionnel se traduit aussi par la possibilité des professionnels de structurer leur pratique pour la communiquer auprès d'autres professionnels, de prendre une place plus explicite dans le concert des intervenants de la périnatalité.

Le passage vers l'ensemble de la CPN

Une des difficultés majeure de ce site est le passage du travail en groupe restreint vers le grand groupe – c'est-à-dire l'ensemble des TMS de la CPN. A cette occasion, les membres du groupe de travail réalisent que la fiche est avant tout le reflet d'un vocabulaire qu'elles se sont données, qu'elles ont codifié entre elles dans le groupe de travail. Elles réalisent que le même travail devrait être réalisé avec l'ensemble de l'équipe.

Le chercheur soumet ses conclusions aux professionnelles

À chaque rencontre, il formule ses questions de manière à présenter son point de vue sur ce qui avait été dit. Présenter ses conclusions ou ses hypothèses, permet au chercheur de vérifier certaines de ses idées, mais aussi de « stimuler » la réflexivité des professionnelles.

Si tout se passe en dialogue et que les informations sont avant tout des mots, il importe de fixer ce qui a été dit dans des comptes rendus et dans le document de présentation.

Les comptes rendus permettent de vérifier que le chercheur a saisi l'essentiel des propos échangés. Ils sont une forme d'objectivation de la pratique des professionnelles ou pour le moins d'une représentation de leur pratique.

Le document de présentation – qui est l'objet médiateur – est le moteur des rencontres entre les co-chercheurs. Il représente quelque chose de réalisable, même si, dans le fond il est générateur de changement. Dans le cadre de la CPN de quartier, les changements portent sur les « représentation ».

Une fiche de liaison pour les situations de crises

Le groupe s'est donné comme objectif de construire une fiche de liaison entre la salle d'accouchement et la CPN. Principalement, cette fiche est utilisée en cas d'absence de la TMS de liaison. Le travail réalisé par le groupe de travail pour construire cette fiche est remarquable quant au nombre de sujets abordés, aux prises de consciences dans les discussions. Dans ce groupe, le passage par un objet de travail concret et utile pour la pratique est de plus en plus mobilisateur au fur et à mesure que l'outil prend forme.

Extraits des carnets d'observations

2.3. La participation des coordinatrices d'accompagnement

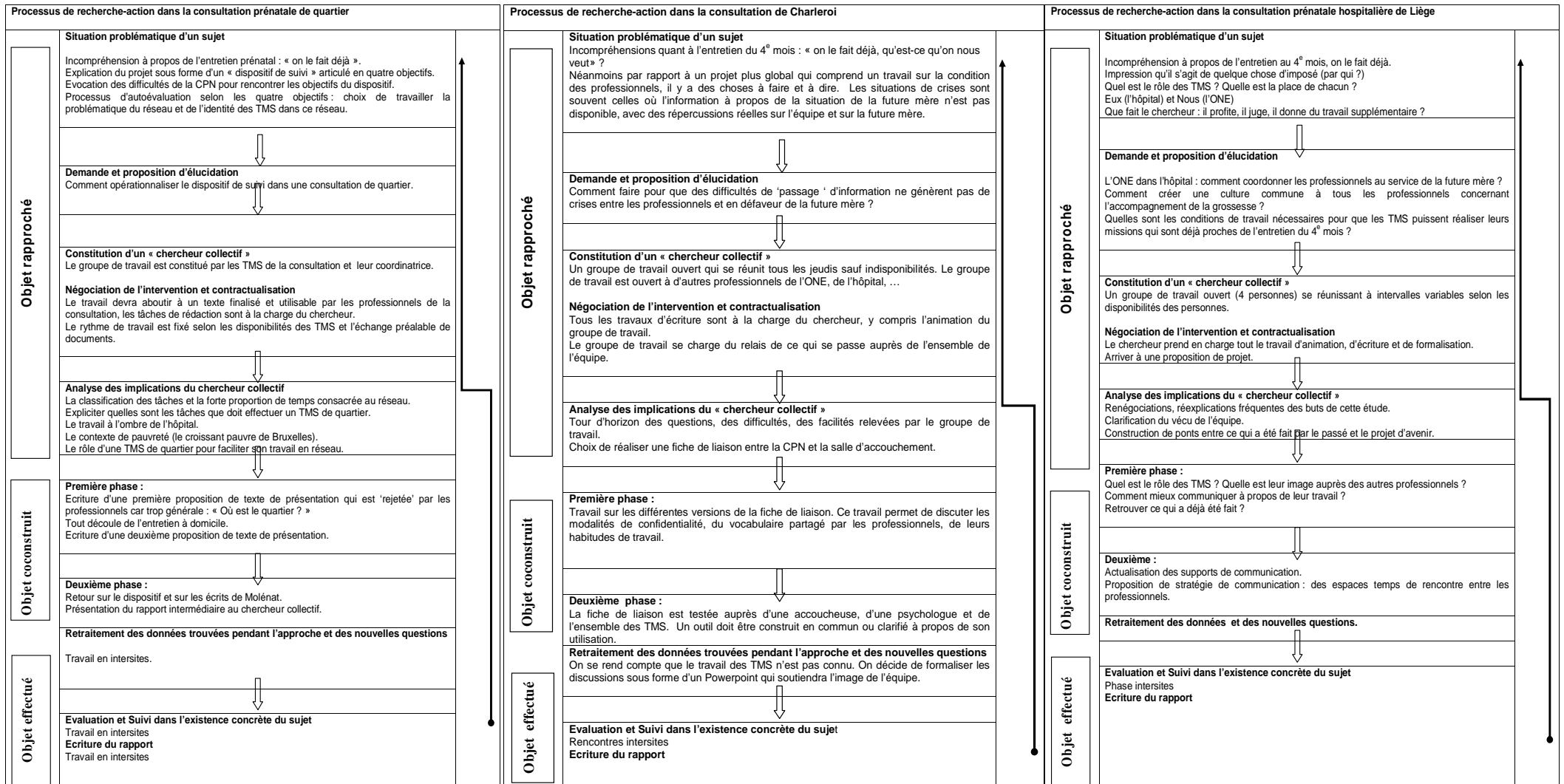
Le processus de recherche-action a été grandement facilité par l'implication des coordinatrices d'accompagnement des équipes de l'ONE.

La présence de la coordinatrice

La présence de la coordinatrice au début des réunions permet l'existence d'un chercheur collectif plus efficace. D'une part, les TMS ont un référent pour toutes leurs questions d'organisation du temps de travail. D'autre part, la coordinatrice peut évaluer dans quelle mesure la participation de la consultation à cette étude pourrait ou non avoir des répercussions pour d'autres consultations. Pour caricaturer, autant les TMS apportent un point de vue pratique sur les questionnements, autant la coordinatrice apporte un cadre stratégique à cette étude.

La coordinatrice de l'équipe a apporté son soutien et sa présence au groupe de travail. Elle doit, d'ailleurs, être considérée comme un membre actif de ce groupe de travail. Elle permet de positionner le travail dans un cadre élargi, d'en préciser les limites ainsi que les attentes.

Extraits des carnets d'observations



viii. Comparaison du processus de RAE des trois sites

B. Les freins

1. Les freins liés au processus de recherche

1.1. Un processus qui démarre lentement

Entretien prénatal comme générateur de flou

Le dispositif de suivi est un projet nébuleux pour les professionnels. Au début, rappelons-nous, le projet s'appelait 'entretien au '4^e mois', d'où énormément de confusion et d'incompréhension sur l'objet de l'étude. La présentation du projet sous la forme d'un dispositif de suivi articulé en quatre objectifs clarifie les intentions du projet. Surtout, il permet à l'équipe, en collaboration avec sa coordinatrice, d'identifier quel serait l'angle d'entrée de la consultation dans l'étude. Trois documents - outils - sont particulièrement utiles pour entrer en contact, initier le travail : la synthèse des conclusions du rapport de l'enquête de faisabilité, le projet du Dr. Molénat et le schéma [figure i.] présenté au Comité d'accompagnement.

Extraits des carnets d'observations

Sur chaque site, le processus démarre lentement. La lenteur du démarrage est liée à plusieurs phénomènes. Outre l'entretien prénatal, l'ensemble du *design* de la recherche va être systématiquement, point par point, renégocié avec les équipes et leur coordinatrice. Ces négociations témoignent de la « naïveté » de la proposition des chercheurs, qui n'était pas adaptée au contexte de travail « réel » des équipes. Par exemple, la question du temps de travail allouable à cette recherche, la charge de travail qu'elle représente et son utilité ont dû être renégociés. Si cette négociation constitue une partie de la méthodologie de la recherche-action, elle a d'emblée absorbé une partie importante du temps de travail. Cependant, en elle-même, cette phase de négociation a produit des données et des résultats très intéressants.

1.2. La négociation du rôle des chercheurs

En premier lieu, les chercheurs seront assimilés à des agents de l'ONE. Cette représentation génère des difficultés à entrer en dialogue avec les professionnels. D'une part, les chercheurs vont recevoir l'ensemble des plaintes que les professionnels adressent à l'ONE. D'autre part, ils vont recevoir des questions très précises dont les réponses (par exemple, la question de la réforme des CPN) ne leur appartiennent pas. Déontologiquement, même pour faciliter les contacts, nous refusons de dépasser le mandat fixé par le contrat de recherche. A ce rôle du chercheur s'ajoute la représentation du « chercheur-voleur » qui vient profiter du travail des autres. Il faudra prouver que les chercheurs s'impliquent aux bénéfices de l'équipe.

Recherche-action, participation, ...

Le dispositif de recherche-action n'est pas très facile à exposer : dans la mesure où tout, ou du moins en grande partie, doit être négocié avec les professionnels, ces derniers se sentent d'abord perdus. Ils ne voient pas où l'on va, ni ce que l'on fait. Il est vrai qu'il y a un paradoxe à dire que d'un côté, nous avons les conclusions d'un rapport, la description d'un dispositif français mais que de l'autre, la définition de l'opérationnalisation revient aux professionnels parce qu'ils connaissent mieux que quiconque leurs contraintes.

L'acceptation de la participation de la consultation dépend de plusieurs facteurs : la possibilité d'engager du personnel (dégager du temps de travail), la possibilité de trouver un intérêt pratique à cette recherche, le fait que cette recherche ait été perçue et présentée en lien avec la réforme des consultations prénatales et, enfin, la remise en question du rôle des TMS accentuée par les formations du GIP (Groupe Interdisciplinaire-Interuniversitaire de Périnatalité).

Extraits des carnets d'observations

2. Les freins liés aux structures

2.1. Un processus qui démarre lentement

Nous pensions avancer plus vite, surtout dans l'opérationnalisation

Au début de l'enquête, nous pensions tester l'opérationnalisation de ce qui était l'entretien prénatal au sein de la consultation. C'était partir de l'assomption que le projet serait bien compris. Or, comme dans les autres consultations, l'entretien était quelque chose qui se faisait déjà.

Il a donc fallu passer, même devant les « évidences » du rapport de faisabilité, par un long travail d'explication. La première réaction des professionnels est le rejet du projet pour des raisons de temps, puis sa remise en question 'parce qu'on le fait déjà'. Pour lever ces arguments, et surtout le dernier, nous avons dû repasser par certaines questions déjà posées lors de l'enquête précédente. Pour ce faire, nous avons proposé aux professionnels de passer en revue l'ensemble de leurs activités en regard des quatre objectifs et de se demander si elles estiment les rencontrer dans le cadre de leur travail. Il y a donc eu une phase d'auto-évaluation des activités avant de pouvoir débiter le travail. L'opérationnalisation du document produit n'a pu être réalisée dans la première phase de l'étude.

La négociation de la mise en route

Les relations 'psychosociales' au sein du groupe étaient très implicites. Le groupe s'est toujours affiché comme très solidaire : « tous pour ou tous contre ». Le groupe des TMS est donc très solidaire face à tout ce qui est perçu comme exogène. Cette solidarité est un mode de fonctionnement que chacun doit respecter. Cette solidarité ne doit pas être vue uniquement comme une entrave. C'est la même solidarité qui va être le moteur du groupe de travail pour préparer la présentation de l'équipe aux gynécologues et assistants.

L'histoire du groupe est ici un facteur très important, à prendre en compte obligatoirement : quel était le passé récent du groupe, qu'est-ce qu'il désigne comme situation antérieure idéalisée, qui implicitement prend le leadership, ...

L'identité des TMS du groupe est fortement ancrée dans l'idée du travailleur qui « touche directement la matière », en prise directe avec le réel. Aussi, le chercheur de l'APES-ULg est-il d'abord apparu comme exogène au groupe en tant que personne déconnectée de la réalité. D'une part, il ne peut avoir qu'une connaissance théorique des situations de vulnérabilité et d'autre part il ne sait pas « mouiller sa chemise ».

'L'entretien au 4^e mois' et les flous introduits par la communication autour de ce projet n'ont rien facilité. Comment favoriser l'adhésion à un projet qui est présenté comme une actualisation des pratiques professionnelles si la proposition correspond « à ce qui se fait déjà » ?

Qui sont les TMS ?

Le rôle des TMS et leur identité sont des thèmes de fond : ceux qui, même lorsqu'on ne s'y attend pas, reviennent dans la conversation. Difficile d'écarter ces thèmes qui pourtant ne sont pas prévus dans la recherche. Comment éviter pour le chercheur d'avoir un double discours : proposer une recherche-action et participative, mais déclarer certains sujets hors champs ou délicats à aborder ?

Que font les TMS ?

Les TMS ont le sentiment que leur travail n'est ni connu, ni reconnu (« la pause café' »). L'investissement dans l'affectif et la rentabilité de celui-ci est méconnu des autres professionnels. Comme si, par « le coup de baguette magique », il suffisait de rencontrer la future-mère, de lui poser des questions, de la visiter à domicile, pour dresser un bilan complet de ses vulnérabilités. Leurs activités sont difficilement quantifiables « à l'acte », ce d'autant que les services offerts par la CPN ne sont pas obligatoires. Pour une TMS, décrocher le droit de rencontrer la future mère à son domicile est déjà un travail en soi, où sont engagés prudence et respects de la liberté.

Extraits des carnets d'observations

La négociation sur les conditions de réalisation de la recherche n'est pas le seul facteur qui participe au démarrage lent. Plus fondamentalement, l'entretien prénatal questionne l'identité professionnelle des membres des équipes. Cette remise en question de l'identité professionnelle est générée par l'introduction d'une nouvelle tâche, alors qu'un écart est ressenti entre les tâches prescrites et le travail effectué. Ce questionnement arrive aussi à un moment où « la réforme des CPN » est fréquemment évoquée, à titre de rumeur.

Enfin, le sens du « projet de dispositif » n'est pas d'emblée accepté par les professionnels. Même si le terrain est favorable, cela ne suffit pas comme condition d'institutionnalisation d'une pratique dont le sens n'est « pas compris ». Entre l'envie d'introduire « une nouvelle pratique » et la réalisation concrète de celle-ci se nouent des tensions. Les valeurs qui, traversent celles-ci, s'expriment dans une dichotomie simplificatrice entre social et rentabilité.

Le processus du travail a été le même sur chaque site. Au départ, un refus ou une incompréhension face aux modalités de travail proposées aux équipes. Ce point de départ est très important à relever. Cela signifie que, premièrement un projet exogène s'il n'est pas bien accueilli, permet quand même de fédérer des énergies. Deuxièmement, il permet, par le jeu de l'opposition, de définir en creux le projet propre de chaque consultation. Troisièmement, il force les chercheurs à questionner ce qu'ils tenaient pour des évidences. En fonction de la dynamique propre à chaque équipe (nombre de TMS, dimensions psychosociales des relations inter- et intra-groupales, ...), la définition d'une question partagée dans le groupe prend du temps ; de nombreux détours par des exemples sont nécessaires.

2.2. La recherche de relais institutionnels

Les projets des groupes de travail ne sauraient s'instituer sans relais auprès des institutions. Identifier les différents relais ou préparer les rencontres avec ces relais est une condition à l'institutionnalisation des projets des groupes de travail. Dans le cadre de cette recherche, de nombreux relais ont été interpellés, souvent avec succès (à titre d'exemple, la participation des sages-femmes aux groupes de travail, la rencontre à l'occasion d'un colloque, ...).

Des lieux d'interaction

Il faut des lieux d'interaction entre les professionnels de l'ONE et ceux de l'hôpital. Ces lieux, outre les lieux de convivialités (coin repas, café, ...), devraient être pensés en collaboration entre l'hôpital et la consultation prénatale. Parmi les lieux, les TMS proposent des formations communes qui incluraient le personnel de l'hôpital et les TMS.

Extraits des carnets d'observations

Cependant, le nombre de relais à activer défie parfois l'imagination. Le principal frein est que les relais s'ils sont preneurs, le sont surtout d'une proposition concrète. Dans le cadre de la recherche-action, celle-ci est souvent en construction.

2.3. Le sens de la participation

Cette recherche s'est déroulée en laissant une large place à la participation. La participation, qui nous paraissait une des pierres angulaires de la recherche-action, allait susciter des réactions de défense. Les professionnels ont l'impression qu'ils sont souvent consultés ou qu'ils participent souvent à des enquêtes, mais que ce n'est « jamais » assorti d'effets visibles.

2.4. Un contexte socio-économique lourd

Les professionnels des consultations sont confrontés, de plus en plus, à des situations complexes, aggravées par un contexte socio-économique de pauvreté voire de misère. Face aux dégradations des situations de vie de leurs patientes, une situation juste normale est perçue comme une bouffée d'oxygène, un temps de repos.

2.5. Un contexte architectural parfois très défavorable

En regard des critères émis dans l'enquête de faisabilité (critères en partie formulés par les parents), aucune des consultations avec lesquelles nous avons travaillé n'offre des conditions d'accueil satisfaisantes pour réaliser un entretien de qualité. Au delà du confort, ou du contexte démedicalisé qui est souhaitable pour parler de « risques psychosociaux », souvent l'isolation acoustique ne permet pas de maintenir la confidentialité.

2.6. Un manque de stabilité des équipes

Selon les professionnelles, les équipes ne sont pas suffisamment stables – elles évoquent par exemple, le nombre de TMS volantes ou le turn over des équipes hospitalières. Le manque de stabilité ne permettrait pas aux professionnels de s'impliquer dans un projet à long terme. De plus, le turn over entrave le maintien des relations interpersonnelles avec les autres intervenants, relations qui sont les garantes du fonctionnement du réseau.

Les facilitateurs	Les freins
Phénomène d'auto-évaluation encadré	Un processus lent à démarrer
Regard extérieur	Les relais institutionnels à trouver
Espace de réflexivité et d'empowerment professionnel	L'insécurité liée à un manque de visibilité du résultat des recherches
Espaces de négociation et de collaboration	La négociation du rôle du chercheur
Participation des coordinatrices	Un contexte socio-économique lourd
	Un contexte architectural parfois très défavorable
	Un manque de stabilité des équipes

ix. Synthèse : facilitateurs et freins identifiés durant le processus de RAE

V. Les rencontres intersites

La phase de travail sur chacun des sites s'est prolongée par deux rencontres intersites. La première rencontre avait pour thème « la vulnérabilité », la deuxième « la question de l'interculturalité », la troisième est consacrée à une validation des résultats de l'étude par les professionnels. Les thèmes des rencontres intersites ont été décidés par les professionnels des trois sites en relation avec les résultats du travail effectué sur chacun des sites. Il était prévu que les rencontres intersites se réaliseraient à tour de rôle sur chacun des sites afin de permettre aux professionnels de découvrir les lieux de travail des autres consultations.

A. Première rencontre intersites : vulnérabilité

Le thème de la première réunion intersites concernait les questions de la vulnérabilité (comment ensemble, les professionnels définissent-ils la vulnérabilité ? Quels sont leurs indicateurs ? Qu'est-ce qui leur met « la puce à l'oreille » ?) et de la structure commune (ce que les professionnels reconnaissent comme socle commun). La structure commune représente les fondements des pratiques qui devraient être présentes dans toutes les consultations, les fondements structureaux qui ne devraient pas dépendre du contexte.

Pour traiter de la question des vulnérabilités, les professionnels sont répartis en deux groupes. Les groupes mélangent des professionnels des trois équipes afin de maximaliser les échanges. Chaque groupe est accompagné par un « animateur », un des chercheurs est observateur.

Le premier groupe s'est spontanément orienté sur la question de la « vulnérabilité » et de la fragilité. Le deuxième groupe s'est organisé autour des outils pour évaluer et communiquer les situations de vulnérabilité. Chaque groupe est ensuite amené à présenter l'état de sa réflexion. A la suite de la présentation des réflexions de chaque groupe, une synthèse est réalisée sur un powerpoint projeté en direct pendant la séance (cf. ci-dessous).

La question du socle commun sera traitée l'après-midi, en grand groupe, suite à la visite des « locaux » de la consultation hospitalière de Liège.

Il ressort des échanges sur la vulnérabilité que celle-ci définit un état particulier de l'environnement du futur enfant et qu'elle ne se laisse pas facilement « enfermer » dans une liste de critères. Cet état particulier « ici-et-maintenant » est caractérisé par des ruptures, un isolement et une perte d'autonomie. La vulnérabilité est en partie influencée par le jugement du professionnel, qui comporte une part de subjectif. La vulnérabilité : c'est quoi ?

1. La vulnérabilité

Voici la liste des questions qui traversent les groupes :

Groupe 1

- Définir la vulnérabilité ? Sur base de quoi ?
- Quels seraient les critères ? Nous on n'en a pas ?
- Des critères dans une grille, ça permet « d'anonymiser » ?
- A force de travailler avec une grille, on n'a plus besoin d'avoir la grille ?

Groupe 2

- Faut-il tout dire aux autres professionnels ?
- Pourquoi aurait-on besoin de tout connaître sur l'histoire des gens ?
- Comment trier l'information ?
- Chercher des informations, c'est de la curiosité ou un moyen d'émettre des hypothèses ?
- Comment les intervenants peuvent-ils faire pour partager l'information ?
- Comment gérer la répartition des informations dans des groupes mixtes ?
- La vulnérabilité : c'est difficile à définir, c'est un potentiel ?

- La vulnérabilité : c'est quoi ?
 - Une part de subjectif
 - Ici et maintenant
 - On n'a pas toutes les réponses
 - Perte d'autonomie, plus ou moins de maîtrise
 - Éclatement, rupture
 - Isolement
 - Quand il n'y a rien de prévu pour le soutien
 - L'enfant, y compris l'enfant 'virtuel'
- Qui sont la future mère, le couple « vulnérables » ?
- Comment est-on, devient-on « vulnérable » ?
- Les futurs parents sont-ils conscients de leur vulnérabilité ?
 - Pourquoi faire une prise de conscience ?
 - Mettre en avant leur(s) fragilité(s) ?
 - Ouvrir le dialogue : qu'est-ce qui est vulnérable pour qui ? Logiques autres (professionnels, TMS, famille, ...)
 - L'écoute permet-elle aux futurs parents d'être plus conscients de leurs potentialités ?
- Etre à l'écoute des familles là où elles sont : au moment présent.

2. Le socle commun

Le socle commun est présent à deux échelles : à l'échelle locale et à l'échelle globale. A l'échelle locale, le socle commun est la culture de travail d'une équipe en relation avec diverses institutions. Cette culture est construite et instituée, à la fois historique et actuelle. La culture d'équipe est menacée par les départs en retraite et par le manque d'explicitation au sein de l'équipe (quand chacun pense que les autres font comme lui-même le fait ou le ferait). La culture de l'équipe n'est donc pas définie une fois pour toute ... Elle peut être un objectif à développer continuellement comme c'est le cas dans un processus qualité.

3. Des échanges sur des réalités de travail différentes

Lors de la première rencontre intersites, les professionnels découvrent la réalité du contexte de travail des autres équipes. Pour les professionnels des consultations d'hôpital, le travail dans une CPN de quartier semble être une vraie découverte.

B. Deuxième rencontre intersites : formation à l'interculturalité

A l'occasion de cette rencontre, nous avons invité Mme Paulis, Docteur en Anthropologie, à rencontrer les membres des groupes de travail. La journée a été consacrée à une formation concernant l'interculturalité dans le cadre de la périnatalité.

Cette formation avait été souhaitée par les professionnels des trois sites lors de l'analyse des difficultés rencontrées dans leur pratique. Puis à la fin de la première rencontre intersites, nous avons demandé aux professionnels quels seraient les thèmes qu'ils souhaiteraient aborder en relation avec l'interculturalité.

La formation, tout en dialogue avec Mme Paulis, s'est déroulée en 3 temps. En premier, une présentation des concepts clefs des relations interculturelles (culture, stéréotypes et préjugés, représentations, acculturations) ; ensuite une série de cas exposés par les professionnels et par Mme Paulis ; puis en clôture des approfondissements à propos de « l'éthique professionnelle face à la diversité culturelle ».

Nous ne faisons pas ici le compte rendu du contenu de la formation. Notre propos se limite à relater les questions et les interventions des participants.

Tout d'abord, nous soulignons « l'étonnement » des participants face à la complexité des relations interculturelles. Les TMS apprennent qu'il est particulièrement délicat d'intervenir en matière d'interculturalité et, que souvent, notre savoir sur une culture est pétri de stéréotypes et de préjugés. Si la présence de stéréotypes est normale dans les relations interculturelles, elle peut néanmoins, même avec de très bonnes intentions, conduire à un malentendu, une incompréhension. Ainsi, nous cherchons des principes organisateurs des faits et des comportements, mais ces principes sont fréquemment des réductions abusives de la culture. De plus, à cause des processus d'acculturation, rares sont les personnes qui ne posséderaient qu'une seule culture.

La variété des situations d'interculturalité dépasse la possibilité de connaître « tout sur tout ». Il n'existe pas de manuel digne de ce nom, ni de catalogue raisonné, qui réaliserait une synthèse actualisée des relations entre culture et grossesse.

Les différences de culture semblent poser une difficulté lorsqu'elles sont en lien avec la légitimité des missions des TMS. Doivent-elles rejoindre la personne sur son chemin : c'est-à-dire accepter la culture de l'autre à tout prix, même si cette culture met, en regard des normes, la grossesse en situation de risque ? Une solution pourrait résider dans l'explication auprès des parents du rôle des TMS et de leurs missions.

Cette formation semble avoir donné lieu à deux types d'apprentissages. Certains participants « prennent conscience » de la diversité et du risque de projeter sur l'autre leurs propres représentations. Par exemple, tous les musulmans ne sont pas des arabes ... Pour d'autres participants, l'application pratique des connaissances de l'anthropologie ne sert à rien, si à cause du risque de stigmatisation, ces connaissances sont trop délicates à utiliser.

Cette formation met en relief le besoin des TMS d'être accompagnées, formées en matière de relations interculturelles. Si elles ont conscience qu'elles ne peuvent « connaître autant de choses » qu'un expert de la question, elles proposent des pistes de solutions pour cet accompagnement. Premièrement, plutôt que de vouloir tout connaître, il est possible de cibler les connaissances sur des situations interculturelles récurrentes. Deuxièmement, il faudrait tenir compte des flux migratoires, des situations géopolitiques qui entraîneront des migrations les prochaines années, afin de déjà s'informer sur les pratiques culturelles de ces populations. Troisièmement, à l'image des accompagnements par les psychologues dont bénéficient les TMS, il serait intéressant de proposer aux équipes des accompagnements en matière de relations interculturelles.

C. Troisième rencontre intersites : validation des résultats

La rédaction d'objectifs et de conclusions pour un référentiel de projet lié au suivi de la grossesse a été soumise à l'approbation des professionnelles impliquées dans cette recherche. Un document présentant la synthèse du travail, co-rédigé avec l'équipe du projet AGNES, a été présenté et relu par les TMS.

De manière générale, la rédaction du document ne plaisait pas aux TMS. Le langage utilisé était soit trop scientifique, soit trop synthétique. Les objectifs ont donc été reformulés un à un avec les professionnels.

Ce document révisé, amendé, corrigé par les professionnels doit être considéré comme « le résultat » de cette recherche-action. L'ensemble des objectifs tels qu'ils ont été reformulés figure dans les conclusions de ce rapport.

VI. Des résultats vers un référentiel

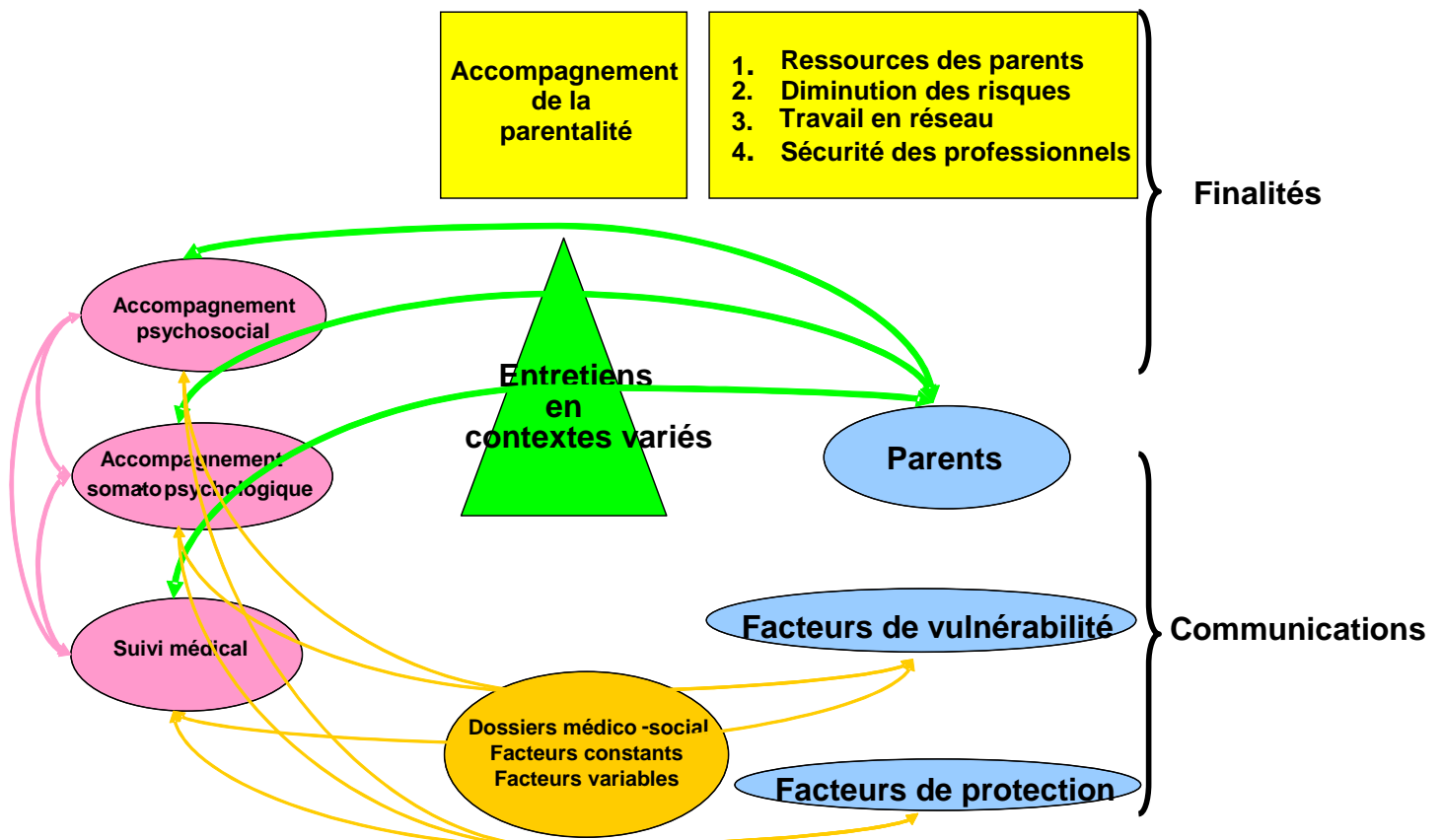
Pour cette présentation synthétique des résultats, nous changeons les principes organisateurs. Nous délaissions (sauf dans le tableau) la discrimination entre facilitateurs et freins pour retrouver une approche transversale. Les conclusions sont présentées sous la forme de pistes et des recommandations pour un référentiel de mise projet des consultations prénatales autour d'un dispositif de suivi intégré dans un soutien à la parentalité.

Les résultats sont essentiellement le fruit des réalisations et des formalisations des membres des équipes des CPN. Les connaissances produites par les équipes constituent les bases d'un dispositif de soutien à la parentalité. Les connaissances produites et formalisées, issues de la « pratique réflexive » des professionnels, sont un point d'appui pour dynamiser les réflexions d'autres équipes, que ces dernières y trouvent matière à inspiration, à remise en question ou à contradiction.

A. Dispositif de suivi

1. Le schéma du dispositif

Le schéma du dispositif est une adaptation du schéma qui avait été présenté au comité d'accompagnement et faisait écho des réflexions menées avec l'équipe de l'ULB. A partir de celui-ci nous avons pu démarrer le travail sur les sites. Le schéma ci-dessous est une reformulation du premier à partir de l'expertise des professionnels des consultations.



x. Schéma communicationnel du dispositif

La situation des futurs parents est à la fois inhérente à leur histoire et aux changements provoqués par la grossesse. Cette situation peut comporter des facteurs de vulnérabilité et de protections susceptibles d'accroître ou de diminuer les risques encourus par le fœtus et plus tard par le nourrisson. Le jugement sur la situation de vulnérabilité naît des relations entre les futurs parents et les professionnels. Des échanges se créent, des relations se formalisent qui concourent à l'identification des facteurs de vulnérabilité et/ou de protection.

La relation qui se construit entre les futurs parents et les professionnels se situe à plusieurs niveaux. Une partie de la relation est une « production symbolique » qui mène à la constitution d'un dossier « Médico-Social ». Les cases roses représentent les « trois regards » des professionnels sur la situation des futurs parents (liens oranges). Bien que chaque professionnel ait, de par sa formation, un regard spécialisé, il exerce aussi un regard sur les données de spécialités des autres professionnels (liens roses). En effet, la plupart des professionnels envisagent leur patient dans la globalité. Cependant, nous devons constater que chaque professionnel n'est pas reconnu comme légitime pour poser son regard sur les spécialités des autres professionnels.

Afin de pouvoir poser « son regard », chaque professionnel établit un contexte d'interactions, que l'on pourrait caractériser par son degré de médicalisation ou par son degré d'implication (son regard est plus ou moins « orienté » par des tests standardisés et l'information plus ou moins traduite en chiffres) dans la production de l'information. Ces contextes d'interactions sont variés, et c'est leur variété ainsi que leur qualité qui permet d'envisager la situation sous divers angles. Les contextes d'interactions sont visualisés sur le schéma par les liens verts. Le soutien des futurs parents, la façon dont les services vont leur être proposés ou imposés, l'ajustement des services à leurs demandes ou besoins vont dépendre de la manière dont les relations vont pouvoir s'établir. Car ce qui circule dans les relations, ce sont à la fois des éléments d'indice (le contenu : la formalisation, la symbolisation de ce qui est observé) et des éléments relationnels (le fonctionnement en réseau, en équipe et en « alliance » avec les futurs parents). C'est de la qualité de ce processus (contexte d'entretiens, différents regards, ...) que va dépendre la qualité des services proposés aux futurs parents.

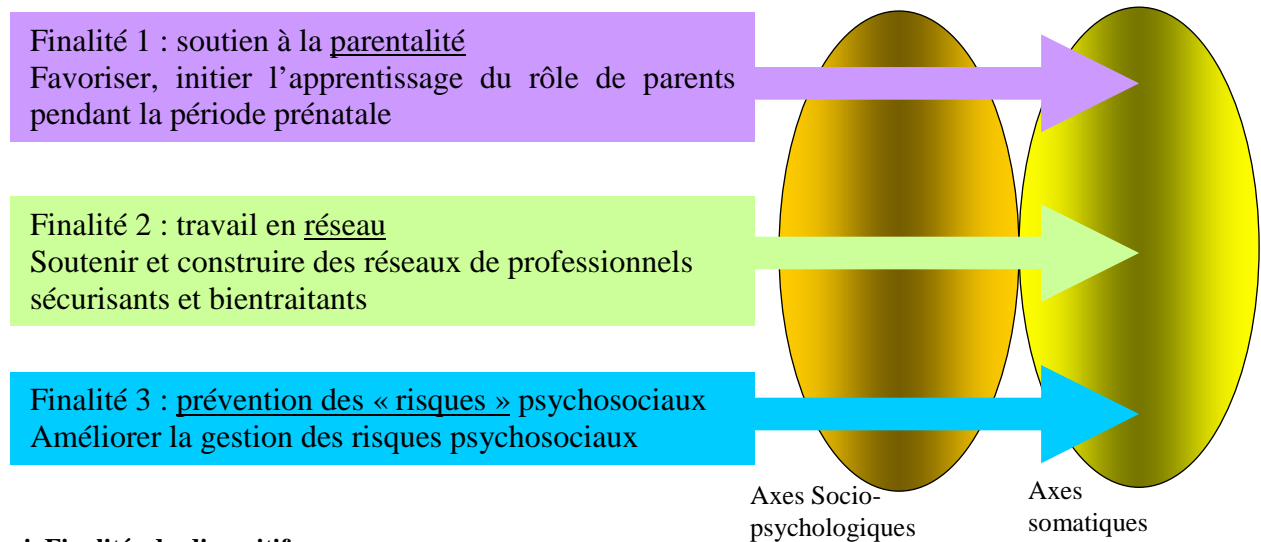
Quatre effets sont attendus de ce fonctionnement. En premier, un travail sur les ressources des parents, qui pourrait avec certaines précautions être assimilé à un « empowerment » de la famille. En deuxième, une diminution des risques lors de la grossesse. En troisième, un meilleur fonctionnement en réseau (il existe quantité de littérature sur les fonctionnements des réseaux). Quatrièmement, une diminution des risques pour les professionnels accompagnant la grossesse (risques physiques parfois, mais aussi risques psychologiques). Les effets du dispositif ne doivent pas occulter la finalité de celui-ci qui demeure la santé et le développement de l'enfant par un accompagnement de la parentalité.

2. Les caractéristiques et définition du dispositif

2.1. Dispositif centré sur une émergence et une meilleure prise en compte et des composantes psychologiques, psychosociales, sociales dans le parcours prénatal

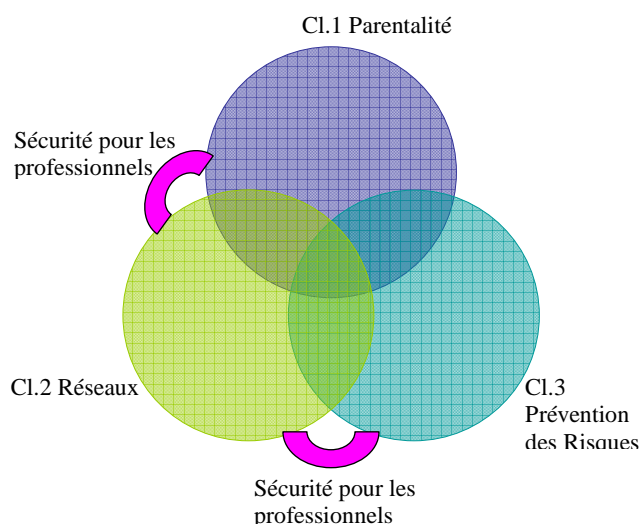
Les professionnels sont confrontés à la question de l'évaluation de situations complexes et dynamiques. Il ne semble pas exister d'outil d'évaluation de la situation qui soit à la fois total et univoque. Les composantes d'une situation émergent durant la période prénatale parfois au fil des changements, des déséquilibres induits par celle-ci. Le dispositif s'inscrit donc dans la continuité d'un accompagnement des futurs parents dans leur parcours de grossesse.

2.2. Dispositif décliné en trois finalités



xi. Finalités du dispositif

Les trois finalités sont les piliers du dispositif, l'un ne peut se développer sans les autres. Les finalités impliquent souvent des collaborations, des partenariats entre équipes et/ou institutions. En ce sens, elles représentent aussi des axes de négociation. Ces finalités peuvent être réparties en objectifs propres d'un côté aux relations entre professionnels et de l'autre, aux relations entre professionnels et futurs parents. La recherche-action fait apparaître une quatrième finalité qui serait très utile dans la négociation du travail avec les professionnels de la santé : la prévention des risques pour le personnel paramédical et médical. Il s'agit principalement d'agressions, réelles ou perçues, dues à des situations d'incompréhension ou de malentendu. Le risque pour les professionnels peut être élargi à la perte de sens et au burnout. Cette finalité participe au bon fonctionnement du dispositif dans la mesure où les risques et le sentiment de sécurité des professionnels ont des répercussions sur les relations avec les parents et/ou les collaborateurs.



xii. Interaction entre les finalités

a. Finalité « parentalité »

Le dispositif, s'il peut améliorer l'efficacité du travail du réseau de professionnels, est mis en place avant tout au bénéfice des futurs parents. Le travail réalisé par les TMS s'oriente vers un travail d'accompagnement et de soutien à la parentalité. Cependant, le contexte organisationnel ne favorise pas une « optimisation » des potentialités de cet accompagnement (eg les nombreuses tâches connexes). La parentalité, l'enfant, le couple, ... demeurent des « représentations » incluses dans le contexte de vulnérabilité.²⁸ L'introduction, depuis plusieurs années, des paramètres psychosociaux dans l'accompagnement de la grossesse témoignent du changement de représentation, ainsi que du souhait d'intégrer dans l'accompagnement et la prévention, les évidences issues des recherches en psychosociologie. L'ouverture aux risques psychosociaux et à leur prévention est une ouverture « à la science de l'incertain ».²⁹ Soutenir, accompagner les futurs parents, soutenir la parentalité dans toutes ses dimensions, c'est déjà ce à quoi les professionnels participent : « un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant ». L'implication des professionnels dans le soutien à la parentalité, dans le cadre bien établi de la « bienveillance », de « l'écoute active » tendrait à faire d'eux des « agents » de la grossesse. Les recommandations concernant les « family-centered perinatal education program » peuvent enrichir la réflexion à propos de la place des parents. Quatre principes se dégagent³⁰ : la grossesse est un état de bien-être et non une maladie, des programmes d'éducation préparent les parents à une participation active durant toute la grossesse, les équipes de l'hôpital assistent et informent la famille lors des prises de décision pendant la grossesse et essaient de respecter l'expérience désirée par les parents, le père ou toute personne au choix de la mère sont activement impliqués durant la grossesse.

b. Finalité « réseau »

Plusieurs éléments issus de cette recherche-action tendent à démontrer combien la qualité du suivi dépend de la qualité des relations formelles et informelles entre les professionnels qui constituent le réseau autour des futurs parents. En premier, des événements critiques, des situations où *in fine* les futurs parents sont « victimes » des dysfonctionnements des systèmes d'échanges d'information. Pour rappel, ce sont les événements critiques qui sont le plus souvent racontés par les professionnels, que ce soit dans des moments d'échanges au sein des groupes de travail ou parfois au détour d'un couloir. Sans que ces événements critiques soient fréquents, ils participent à une déstructuration du réseau des professionnels et nourrissent une sorte de cercle vicieux. L'événement critique fait surgir les questions liées à la légitimité et à la compétence de chaque professionnel, renforce les représentations groupales entre professionnels, fonde et renforce des mythologies qui intègrent la culture de travail : il établit des distances entre certains membres du réseau et donc peut conduire à terme à diminuer l'efficacité potentielle de ce dernier aux détriments des futurs parents.

²⁸ Ces concepts ont été balisés dans une valisette outil produite par l'ONE

²⁹ FERRAROTTI F., *On Science of uncertainty: the biographical method in social research*, Lexington Books, 2005.

³⁰ HASKIN M. et al., *Developing a family-centered, Hospital-based perinatal education program in The Journal of Perinatal Education*, vol. 9, n°4, 2000. p. 29.

D'un point de vue théorique, la communication humaine peut relever de trois approches : la syntaxe, la sémantique et la pragmatique. La syntaxe traite de la transmission d'informations (codage, canaux, émission/réception). La sémantique s'intéresse au sens du message (production et compréhension). La pragmatique s'occupe de la manière dont la communication affecte le comportement.³¹ Parmi ces trois approches de la communication, chacune comporte des difficultés décrites dans ce rapport. Ainsi, lorsqu'une TMS prépare des informations qu'elle juge utiles de transmettre concernant la future mère et que ces informations sont consignées dans une enveloppe fermée jointe au dossier médical, cette action relève à la fois des trois approches de la communication. L'information circule par l'écrit sous forme de mots entre une TMS et une accoucheuse. Le sens de ce qui est écrit n'est pas nécessairement partagé par les deux professionnels. L'enveloppe fermée exprime que l'information est secrète.

La transmission de l'information rejoint les modalités de circulation des informations dans le réseau. Or, face à la nécessaire multiplication des contextes d'énonciation, l'organisation des informations concernant le couple et pouvant favoriser un meilleur soutien à la parentalité reste problématique lorsqu'il n'existe pas des lieux de partages régulés et institués. Les lieux doivent être régulés de manière à rendre à chaque professionnel la légitimité qui est la sienne et éviter que l'implicite de la hiérarchie des savoirs ne s'impose comme règle de fonctionnement dans le groupe. Les lieux doivent être institués, c'est-à-dire qu'ils doivent faire partie des routines professionnelles. La participation à ces lieux de partage doit être considérée non comme une plus-value, mais comme une partie du travail prescrit.

La sémantique rejoint la construction d'un vocabulaire commun. L'utilisation du dossier médico-social, les manières de s'en servir, ne sont pas suffisamment explicitées et partagées au sein des équipes de TMS et entre les autres professionnels. Il s'agit de savoir où l'on consigne telle information, comment on la consigne et quelle est la clause de confidentialité (de secret professionnel partagé). Le manque d'explicitation sur les manières d'utiliser le dossier médico-social est particulièrement critique en situation d'urgence. Le travail en réseau consiste donc, aussi, à articuler les informations produites lors de ces moments d'entretiens. Il n'est pas possible de produire une liste exhaustive de tous les facteurs de vulnérabilité, pas plus qu'il n'est possible de produire l'outil qui permettra de tout voir et de tout savoir.³² Il est par contre possible de structurer les moments d'entretiens autour de grilles thématiques utilisées de manière récurrente et actualisées. Les enquêtes prouvent que les professionnels s'approprient et appliquent ces grilles thématiques lors de leurs entretiens. Des outils existants, comme la grille de l'APALEM ou d'autres, pourraient être utiles aux équipes qui ne possèdent pas encore ce type de liste.

³¹ MARC E. et PICARD D., *L'école de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*, Retz, Paris, 2004, p. 39.

³² Les résultats de l'évaluation de l'outil « Abuse Assessment Screen » (AAS) sont assez typiques de la littérature scientifique. Un outil validé est utilisé pour détecter les situations de maltraitance dans le couple. Appliqué en contexte local (n=109), il démontre ces limites, qu'il partage avec la plupart des outils d'évaluation psychosociale. L'usage de l'outil fausse sa validité statistique. En effet, s'il est administré une seule fois, l'outil rate à la fois la violence qui existe avant la grossesse et la possibilité d'une émergence de la parole de la future femme dans sa relation de confiance en construction avec les professionnels. C'est pourquoi, les auteurs recommandent de compléter les résultats du AAS par une série d'interviews. (ANDERSON B. A. et al., Identify intimate partner violence at entry to prenatal care : clustering routine clinical information in *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 47, n°5, 2002, p. 353-359.)

La pragmatique rejoint le volet relationnel du travail en réseau. L'offre de services aux parents se structure autour de « micro-réseaux » de professionnels « de confiance ». Il s'ensuit que les futurs parents sont impliqués dans des micro-réseaux préexistants. Les intervenants auxquels les futurs parents seront référés, sans préjuger de leur qualité, relèvent de la structuration du « micro-réseau ». Ces « micro-réseaux » pourraient constituer une offre de services implicite. Dès lors tous les parents peuvent-ils bénéficier d'une même offre de service, de qualité suffisamment égale ?

c. Finalité « prévention des risques psychosociaux »

La complémentarité entre les regards des TMS et celui des sages-femmes n'est plus à démontrer. La spécialisation des sages-femmes, leur culture de travail « médicale » (alors que l'on pourrait dire que les TMS ont une culture de travail médicalisée), leur offre une autre pertinence en matière de risque somatique. De plus, nous l'avons dit, la multiplication des contextes d'interaction (Qui ? Où ? ...) serait favorable à l'énonciation des risques par les parents. Avec cette limite, que si les regards se multiplient pour plus de contrôle au détriment de l'accompagnement, les futurs parents risquent de « jouer » entre les éléments du réseau.³³

La force actuelle de l'accompagnement consiste dans la multiplication des contextes d'entretien. Par contexte d'entretien, nous désignons à la fois le lieu, l'interlocuteur, le moment et les objectifs de l'entretien. L'intérêt est à la fois de ne pas miser sur un seul moment d'entretien, mais plutôt de prendre en compte la dynamique propre à la grossesse et son évolution au sein du couple.³⁴ La multiplication des contextes d'entretien est, selon les professionnels, une solution pour augmenter les chances de « libérer » la parole des futurs parents. Le maintien de la diversité des contextes d'énonciation participe à la qualité du soutien à la parentalité et de la prévention. A ce titre, l'entretien à domicile, qui est une proposition et non une obligation, est l'occasion pour les professionnels de rencontrer les parents sur « leur terrain ».³⁵ La visite à domicile permet aux parents d'aborder d'autres sujets de conversation plus en relation avec leur vie quotidienne. La visite à domicile permet, en dehors du jugement, de réaliser concrètement où vit la famille. L'entretien à domicile apparaît au cours de cette recherche comme un des éléments fondamentaux de l'activité des TMS. Il est à la fois leur spécificité et ce qui, sous forme de stigmatisation, constitue une image dévalorisée de leur profession (« la pause café »). Il importe de renforcer les compétences des professionnels afin de soutenir leur pratique d'entretien.

³³ ABSIL G. et DENIS M.E., *Le regard des intervenants et l'éventail des parents*, communication, INPES, Journée de la prévention, 2007, Paris.

³⁴ La prévention prénatale concernant la violence, l'usage de drogue, le port de la ceinture de sécurité n'est pas très présente selon une enquête américaine. De plus, les effets des conseils donnés aux parents seraient non seulement limités au tabac et à l'alcool, mais aussi moins efficaces envers les mamans dont la situation est à haut risque. Les auteurs suggèrent que les guides de bonnes pratiques incluent des recommandations pour augmenter l'efficacité des conseils donnés aux futurs parents. PETERSEN R. et al., *Preventive Counseling During Prenatal Care. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) in American journal of Preventive Medicine*, vol. 20, n°4, 2001.

³⁵ Absil G. et Denis M.E., *Le regard des intervenants et l'éventail des parents*, Les journées de l'INPES, INPES, Paris, 2007 (communication)

Si le ‘dispositif de suivi’ n’est pas destiné en premier à améliorer les pratiques des professionnels, l’amélioration des pratiques est cependant un objectif intermédiaire incontournable dont le but est d’assurer le meilleur suivi possible pour les futurs parents. En matière de communication, principalement en situation de crise, le manque de standardisation dans la rédaction des dossiers peut aboutir à des situations dramatiques. Que se passe-t-il lorsque l’ordre de placement n’a pas été vu ? Si les professionnels n’ont pas d’occasion de construire des liens ou des modes de fonctionnement ensemble, alors le suivi optimal de la grossesse peut dépendre des affinités entre les professionnels. Qu’en est-il du service universel ? Comment une future mère peut-elle savoir que tel professionnel fait partie d’un meilleur réseau ?

Il est donc opportun de travailler à changer/améliorer les conditions dans lesquelles se déroule actuellement l’accompagnement. En effet, si les relations entre les professionnels dysfonctionnent (par rapport à un idéal), le dysfonctionnement affectera le dispositif de suivi. Ces moments d’échanges risquent de rester un moment en plus parmi d’autres. Cependant, hormis la question de l’entretien prénatal, les propositions du Dr. Molénat sont d’actualité pour susciter, structurer une mise en projet des consultations en lien avec leurs partenaires institutionnels. Les incidents critiques, les analyseurs pour reprendre le vocabulaire de l’analyse institutionnelle, font surtout état des difficultés de collaboration et d’incompréhension entre les professionnels qui accompagnent la grossesse. Ces difficultés sont liées à des contextes de travail différents, des cultures de travail différentes, à des incidents non élucidés, ...

L’entretien proposé par la sage-femme devrait être complémentaire du processus d’accompagnement mené par les TMS. L’observation des techniques d’entretien des TMS, réalisée par une sage-femme sur le site de Liège, permet de situer l’entretien des sages-femmes. Pour permettre cette complémentarité, un projet doit être formulé entre les TMS et les sages-femmes.

Les TMS sont fréquemment confrontées à des situations d’interculturalité (le concept pouvant s’étendre aux relations entre classes sociales). Elles ont le sentiment de ne pas être suffisamment averties pour agir correctement dans ce type de situations, piégées par les possibilités de malentendu. C’est pourquoi, les équipes ont choisi ce thème pour la journée de formation. Il s’agit peut-être du constat d’un manque dans la formation initiale et continuée des TMS. La prise en compte des représentations culturelles de la grossesse, ce qui ne signifie pas un ultra relativisme qui pourrait être « dangereux », est fortement recommandé comme facteur facilitant ou améliorant la prise en charge. Whiteford et al.³⁶ concluent leur article sur ces recommandations :

- Inclure la famille si les parents le désirent
- Etre attentif aux différentes formes de communication
- Recadrer la grossesse dans un contexte culturel

³⁶ WHITEFORD L. et al., Acces and utility as reflections of cultural construction of pregnancy in *Preventive Care Update*, vol. 7, n°3, 2000, p. 102-103.

En nous limitant aux résultats construits collectivement, la vulnérabilité peut être définie comme suit :

La vulnérabilité, c'est un jugement sur la qualité d'un contexte dans lequel vivent les futurs parents et l'enfant (y compris l'enfant virtuel). En tant que jugement, la vulnérabilité comporte une part de subjectif limitée par l'usage d'outils, de grilles et de procédures d'évaluation. Le contexte est un « ici » et un « maintenant », il peut tenir compte du passé mais ne détermine pas de manière certaine le futur. Il s'agit d'être à l'écoute des familles là où elles sont : au moment présent. Le contexte est caractérisé par une perte d'autonomie des futurs parents, une incapacité – temporaire – à garder la maîtrise des situations. La rupture, l'éclatement du réseau social, l'isolement quand il n'y a rien de prévu pour le soutien, sont des facteurs qui accroissent la vulnérabilité.

Cette définition laisse en suspens les questions suivantes :

- Qui sont la future mère, le couple 'vulnérables' ?
- Comment devient-on 'vulnérable' ?
- Faut-il que les futurs parents soient conscients de leur vulnérabilité ?
 - Pourquoi provoquer une telle prise de conscience ?
 - Pourquoi mettre en avant leur(s) fragilité(s) ?
 - Comment ouvrir le dialogue : qu'est-ce qui est vulnérable pour qui ? Logiques autres (professionnels, TMS, famille, ...)
 - L'écoute permet-elle aux futurs parents d'être plus conscients de leurs potentialités ?

Il se dégage un « pattern » qui exprime la vulnérabilité comme contexte organisé d'informations et d'interactions. Selon nous la définition donnée par les TMS est une définition inspirée par la systémique. Un système, dans le cadre de cette théorie, est « un ensemble d'éléments en interaction tels qu'une modification quelconque de l'un d'eux entraîne une modification de tous les autres ». ³⁷ La vulnérabilité, telle qu'exprimée ci-dessus, pourrait être rapprochée - avec prudence - du concept de familles carencées définies par « l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales au sein desquelles les enfants se développent ; l'absence d'organisation de la vie quotidienne et la fréquence des situations de crise ; l'histoire des parents marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance ; la fréquence d'une psychopathologie grave, souvent non reconnue et non traitée comme telle chez les parents. » ³⁸

2.3. Des démarches différenciées selon les caractéristiques des situations prénatales

Toutes les situations ne peuvent être traitées à la même mesure. Nous proposons de distinguer les situations selon leur gravité et leur urgence. Les interventions des professionnels devraient être modulées selon les caractéristiques de ces situations.

³⁷ MARC E. et PICARD D., *L'école de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*, Retz, Paris, 2004, p. 21-22.

³⁸ HERMANGE M.-Th, *Périnatalité et parentalité*, Rapport remis le 26 février à Ph. BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille, p. 19.

Situation d'intervention face à un danger immédiat

En cas de problèmes graves somatiques, sociaux, psychologiques avérés : dont le pronostic repose sur l'EBM (Evidence Based Medicine).

Qui nécessitent une intervention urgente pendant la grossesse ou une intervention sûre lors de la naissance.

Interventions à court terme qui visent la survie de l'enfant et/ou de la mère.

Situation de Prévention

En cas de risques somatiques, sociaux, psychologiques détectés.

Qui nécessitent un suivi approprié afin d'en limiter les effets potentiels pendant la grossesse et à la naissance.

Situation de Promotion de la santé

Appréhension de la grossesse comme une période de transition, de (dès) équilibre durant laquelle les futurs parents s'approprient, selon leurs possibilités, leur rôle de parents.

Mobilisation des ressources des parents en vue d'une gestion optimale des déséquilibres, questionnements, risques dus à cette période de transition. Il s'agit de favoriser la maîtrise des facteurs de vulnérabilités émergents.

Les modalités de ces trois démarches impliquent un arrangement différent des finalités selon leur ordre de priorité.

Situations	Priorisation des finalités		
Situation d'intervention et de danger immédiat	Finalité 2 : travail en réseau	Finalité 3 : prévention des « risques » psychosociaux	Finalité 1 : soutien à la parentalité
Situation de Prévention	Finalité 3 : prévention des « risques » psychosociaux	Finalité 2 : travail en réseau de soutien élargi	Finalité 1 : soutien à la parentalité
Situation de Promotion de la santé	Finalité 1 : soutien à la parentalité	Finalité 2 : travail en réseau de soutien élargi	Finalité 3 : prévention des « risques » psychosociaux

xiii. Priorisation des finalités en rapport avec les situations d'intervention

Ce tableau montre comment les modalités du travail en réseau se modifient selon les situations (intervention, prévention, promotion). En cas d'intervention, le travail en réseau tend à se limiter à assurer une communication optimale entre les professionnels en vue d'une prise de décision fondée et rapide. En cas de prévention ou de promotion, le réseau doit s'élargir à d'autres intervenants plus qualifiés dans la prise en charge des vulnérabilités ou dans l'optimisation des ressources de la famille.

2.4. Un dispositif fondé sur des moments d'entretiens dans des contextes variés et avec des professionnels variés

Les interviews auprès des professionnels et des futures mères montrent³⁹ que le contenu des entretiens est fortement influencé par les variables du contexte.⁴⁰ La production d'informations susceptibles de documenter les facteurs de protection et les facteurs de vulnérabilité des couples est donc plus complète s'il existe plusieurs moments et contextes d'entretiens. A ce titre, il est important de préserver l'opportunité de réaliser un entretien au domicile des futurs parents.

2.5. Un dispositif structuré mais adaptable

A partir d'une même culture de travail, il existe cependant des différences notables entre les consultations. Ces différences tiennent à la fois de l'environnement dans lesquels les consultations sont implantées et de la manière dont les professionnels ont appris par l'expérience à prendre place dans un réseau de professionnels. Enfin, et il ne faut pas l'oublier, il existe des différences fondamentales quant à la pratique entre une consultation de quartier et une consultation au sein d'un hôpital.

La structure socio-économique de la région dans laquelle la consultation 'recrute' les futurs parents est un élément de contexte qui ne doit pas être sous-estimé. Les consultations reçoivent en majorité des personnes précarisées, avant même d'être vulnérables ou fragiles, la disponibilité de structures sociales pour relayer le travail des TMS est essentielle. Dans un environnement où le logement social est un enjeu de pouvoir au lieu d'être un service à la population, ou dans un environnement où le nombre de logements sociaux n'est pas suffisant, il est difficile pour les professionnels d'intervenir en cette matière. De même, les TMS ont peu de prise sur l'offre en matière de transport public pour les futurs parents qui vivent à la périphérie des centres urbains.

La dégradation des conditions sociales pour les personnes vulnérables, la misère que les professionnelles rencontrent au quotidien, sont des facteurs qui, au fil du temps, vont ainsi modeler les pratiques des TMS, qui vont les amener à relativiser les situations en fonction du contexte global. Dans un environnement où le logement est rare, un logement insalubre est préférable à la rue. Les TMS apprennent à adapter leurs exigences à l'offre locale de services sociaux qu'ils s'agissent des services associatifs ou organisés par l'Etat.

³⁹ ABSIL G., DENIS M.E., CASPERS E., MASSON V., VANDOORNE C. et FOIDART J.M., *Utilité et conditions d'applicabilité d'un guide d'entretien dans le cadre du suivi de la femme enceinte*. Rapport final présenté au Comité scientifique de l'ONE le 16 juin 2006, APES-ULg, APALEM Chr, Liège, 2006.

⁴⁰ Par exemple, le genre du professionnel est de nature à changer la liberté de choix d'une femme enceinte (BOUCHARD L. et RENAUD M., *Female and male physicians' attitudes toward prenatal diagnosis. A pan-canadian survey in Social Sciences and Medicine*, vol. 43, n°3, p. 381-392, 1997) ou leur adhésion à un contrôle visant la consommation de drogues illicites (KERKER B. D. et al., *Patients' characteristic and providers' attitudes : predictors of screening pregnant women for illicit substance use in Child Abuse and Neglect*, n°28, 2004, p. 209-223)

Pour les consultations implantées dans un hôpital, le réseau de collaboration est quasi sur place. Pour ces consultations, la question est de savoir comment se régulent les rapports entre le personnel de la consultation et celui de l'hôpital. Les modalités de collaboration, les succès et les échecs sont à la source des ajustements pratiqués par chaque consultation. Ainsi, là où les TMS ont surpris des infirmières qui riaient en lisant un dossier social, la confiance est durablement rompue et le dossier ne sera peut-être plus communiqué. Là où les TMS ne se sentent pas 'bien vues', elles apprennent à éviter les confrontations. La manière dont la direction de l'hôpital, mais aussi les professionnels de l'hôpital, se positionnent quant à la consultation, ce qu'ils lui demandent, est un autre facteur de la diversité des pratiques professionnelles. Les TMS des consultations hospitalières testent des solutions, proposent des façons de faire qui pour la plupart, n'ont pas perduré. Les raisons en sont que les TMS qui portaient le projet ne travaillent plus dans la consultation, que le temps n'est pas disponible, que les règles instaurées quant à l'utilisation d'un outil ne sont pas respectées, ...

Nous souhaitons attirer l'attention sur les spécificités des CPN de quartier. En dehors du contexte hospitalier, il leur est plus complexe de participer à l'institution d'un projet qui serait à la jointure avec l'hôpital. Même si dans leur pratique les professionnels s'appliquent à construire des liens avec les professionnels des hôpitaux, la distance géographique exige qu'un effort plus important pour ce faire. Le travail dans les CPN de quartier est mal connu par les professionnels des CPN d'hôpital. Les projets futurs devront tenir compte de cette spécificité organisationnelle : une CPN de quartier ne saurait supporter des projets uniquement inspirés des expériences menées en consultation hospitalière. La consultation de quartier connaît une autre limite : les professionnels du réseau ne sont pas sur place. Les TMS d'une consultation de quartier ne peuvent se permettre, comme les TMS dans un hôpital ont une culture orale de l'information qui, de manière informelle et flexible, permet le passage d'informations en urgence. Certes la consultation de quartier n'est pas isolée, elle est intégrée dans un réseau de professionnels et d'associations, mais les distances physiques entre les membres du réseau génèrent des difficultés de communication aussi bien en terme de reconnaissance entre professionnels (qui est qui) qu'en terme de gestion de dossier. Une consultation d'hôpital a un interlocuteur privilégié, une consultation de quartier en a une multitude. Quand bien même les pratiques dans les CPN sont fondées sur une même philosophie, qui trouve ses sources dans les formations organisées par l'ONE, elles n'en demeurent pas moins différentes et adaptées à un contexte particulier.

3. Des conditions préalables à installer

Cette recherche-action démontre la nécessité, pour les équipes de CPN qui souhaiteraient se mettre en projet, de prendre le temps de réfléchir sur la pratique et de faire émerger les problématiques avant d'élaborer et de tester des pistes de solution. L'introduction d'un Projet de dispositif prénatal ne saurait fonctionner d'autorité, auquel cas son efficacité à moyen terme serait condamnée par la persistance des habitudes de travail antérieures.

1. Du côté des relations entre les parents et les professionnels

1. Assurer le dialogue avec les mères, les parents.
2. Gérer les incohérences entre les recommandations.
3. Adapter les messages-clés en fonction du contexte : jusqu'où aller ? (Question de l'intrusion ?)

2. Du côté des collaborations entre professionnels

1. L'amélioration des relations et des collaborations entre l'hôpital et les CPN favorise l'efficacité du dispositif.
2. Le projet est facilité s'il est soutenu par les responsables et les représentants des institutions partenaires.
3. L'existence de lieux institutionnalisés, c'est-à-dire reconnus et légitimés, par les partenaires, permettent des rencontres et des échanges entre les professionnels issus d'institutions différentes.
4. Une réflexion est mise en place à propos du secret professionnel partagé et des conditions d'un travail dans la transparence.
5. L'équipe des TMS est reconnue comme un partenaire de confiance par les professionnels de l'hôpital ou ceux du réseau des intervenants.
6. Un descriptif de fonction explique le cadre du travail des TMS afin de préciser pour leurs collaborateurs le rôle et les fonctions de celles-ci. (Insister notamment sur la polyvalence comme réponse à la complexité de certaines situations).
7. La présence de la coordinatrice d'accompagnement de l'équipe facilite la structuration du projet.

3. Du côté de l'organisation de l'offre de services

1. Accepter la variabilité dans les modalités d'organisation ou de mise en place des projets entre les CPN, sur un socle d'objectifs commun.
2. Accepter le manque d'uniformité des messages des membres du réseau vers les futurs parents, mais veiller à ce que ce manque d'uniformité ne soit pas un facteur de défiance ou de prise de risque de la part de ces derniers.

B. Des acquis, des pistes pour développer un futur référentiel

Par référentiel, nous désignons l'ensemble des objectifs, leurs articulations logiques, les recommandations et les exemples de concrétisation. Il est entendu qu'un référentiel digne de ce nom est rédigé de manière pédagogique. Les propositions ci-dessous doivent être lues comme des pistes pour la rédaction de ce référentiel. Cependant, nous avons voulu ces pistes les plus complètes et les plus concrètes possibles. Chaque objectif peut être assorti d'exemples, anonymisés, tirés des recherches précédentes. Ces exemples sont présentés comme des leçons desquelles, pour s'en inspirer ou les reproduire.

Le référentiel serait en priorité destiné aux professionnels de l'ONE. Cependant, la dimension de travail en réseau, ainsi que les questions de collaboration et de partenariats entre professionnels étant prégnantes, ce référentiel devrait être utile pour tous les professionnels de la périnatalité et de la périnatalité. Ce référentiel se présenterait comme complémentaire de celui, plus clinique, en cours d'édition.

1. Des objectifs pour un dispositif de suivi

Les objectifs ont été repris dans la formulation souhaitée par les professionnels des sites pilotes. Les tableaux des objectifs sont actuellement incomplets. Il s'agit, dans cette version, d'une esquisse du référentiel.

Les objectifs sont articulés avec les caractéristiques et les finalités du dispositif. Cette articulation a pour but de permettre une dynamisation du dispositif de suivi en tant que projet. Comme le montre le tableau ci-dessous, un objectif peut concourir à la réalisation de plusieurs finalités.

Finalités/ objectifs	Entretiens	Accompagnement	Réseau	Visibilité	Evaluation
Finalité 1 : soutien à la parentalité	◎	◎	◎		◎
Finalité 2 : travail en réseau		◎	◎	◎	◎
Finalité 3 : prévention des « risques » psychosociaux	◎		◎		◎

ix. Articulation entre les objectifs et les finalités pour un projet dynamique



a. Des objectifs pour des entretiens efficaces

Objectifs « entretiens »	Comment a-t-il été travaillé sur les sites ?	📖 Outils et formations
Favoriser la multiplication des moments d'entretiens en consultations, en visite à domicile et autres, avec les futurs parents compte tenu que les informations échangées seront influencées par plusieurs paramètres (les locaux, les personnes, le temps de prestation TMS, l'urgence, les facteurs de risques, ...)	Les professionnelles réalisent déjà en partie cet objectif, mais elles souhaiteraient des conditions plus favorables à cette réalisation	
Utiliser en équipe un outil pour décoder les situations d'entretien (communication implicite et/ou non verbale)		Développer un outil de « décodage » des situations d'entretien (e.g. le modèle PARLANT de Hymes). ⁴¹ Cet outil pourrait être à la fois utilisable par les professionnels en situation d'entretien et par l'équipe en situation d'autoformation
Des formations continues sur les manières de mener et de varier l'entretien (entretien ouvert, entretien motivationnel, entretien d'explicitation, ...), en particulier lors de la visite à domicile	Une formation à l'interculturalité	Voir référentiel de formation
Utiliser un support pour une vision globale de la grossesse comme un <i>vademecum</i> prénatal (cf <i>vademecum</i> nourrisson).	📖 Rédaction d'une fiche de liaison Actualisation des règles d'utilisation d'une fiche de liaison	

xiv. Objectifs « entretiens »

⁴¹ Dans les années 1970, Hymes a développé un modèle prenant en compte toutes les dimensions sociales de la communication. Ce modèle en anglais est nommé « SPEAKING », un acronyme pour « Setting and Scene » ; « Participants » ; « Ends » ; « Act Sequence » ; « Key » ; « Instrumentalities » ; « Norms » ; « Genre ». Ce modèle a été traduit en français par PARLANT. (Hymes, Dell. *Foundations of Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. Philadelphia: U of Pennsylvania P, 1974)



b. Des objectifs d'accompagnement et de soutien à la parentalité

Objectifs « accompagnement-parentalité »	Comment a-t-il été travaillé sur les sites ?	Outils et formations
Définir le soutien à la parentalité comme l'accompagnement d'une femme, d'un couple, d'une famille dans leur dynamique de parentalité. Cet accompagnement se réalise dans des actes d'aide, de soutien, d'orientation et d'écoute. Il prend appui sur les ressources des parents pour faciliter leur découverte et leur apprentissage de leur « parentalité »	Mise en mot de la culture de travail des TMS, notamment sur des supports power points 	
Créer un lien avec les parents dans un temps parfois très court		
Repérer des situations prioritaires et adapter le travail en réseau en fonction de la priorité de la situation : modalité d'intervention, modalité de prévention et modalité de promotion de la santé	Utilisation en routine de la grille de l'APALEM ou actualisation des catégories d'autres grilles	Grille brève d'évaluation des situations lors du premier contact avec la CPN Grille développée mais non testée à partir de l'analyse des informations et de la théorie de Greimas
 renvoie aux documents annexes		

xv. Objectifs « accompagnement-parentalité »

c. Des objectifs de travail en réseau

Objectifs « réseaux »	Comment a-t-il été travaillé sur les sites ?	Outils et formations
Favoriser une bonne circulation de l'information, c'est-à-dire précise et non jugeante	Rédaction d'une fiche de liaison Introduction d'une enveloppe synthétisant le dossier psycho-social dans le dossier médical. 📖	
Trouver et adapter un outil de coordination de référence autre que le dossier médico-psycho-social et le carnet de la mère. Il n'y a pas d'outil satisfaisant actuellement. L'outil de coordination devra respecter la législation en matière de passage des informations entre professionnels. Cet outil est un élément crucial pour les CPN de quartier qui ne peuvent pas suivre la maman à l'hôpital.	Echec de différentes tentatives d'utiliser les supports existants pour assurer la communication, dû à des différences de vue sur la nature et confidentialité des supports tel que le dossier médical ou le carnet de la mère.	Proposition d'outil pour envisager la situation dans son ensemble 📖
Responsabiliser les parents dans leur dialogue avec le personnel et l'inverse		
Pour les CPN en contexte hospitalier, envisager l'opportunité de renforcer le rôle de la coordinatrice d'accompagnement dans la mission d'interface avec l'hôpital		
Répertorier les supports déjà réalisés par les équipes comme marche pied pour un projet de travail en réseau	Les équipes ont souvent développé des initiatives et des outils qui doivent être actualisés et orientés vers un même objectif 📖	
Analyser les besoins des CPN de quartier en terme de documents et d'outil et répondre afin de construire des réponses spécifiques		

Augmenter les zones de contacts entre professionnels par des groupes pluridisciplinaires, des réunions, des groupes de travail, des évaluations de fonctionnement, des formations, ...	Le développement de surfaces de contact à l'occasion de la rédaction d'une fiche de liaison ou de formations	
Poser des règles communes de fonctionnement entre professionnels pour le groupe	Création d'un groupe pluridisciplinaire à l'initiative de l'hôpital où les TMS doivent prendre leur place	
Pour les CPN de quartier : soutenir une reconnaissance dans les réseaux avec les hôpitaux	Rédaction d'une plaquette de présentation de la CPN, de ses services, de sa philosophie et de ses projets 	
Expliciter une culture commune entre professionnels d'institutions différentes afin d'améliorer les performances du dispositif, la prise de recul par rapport à la pratique et faciliter la dynamique d'un projet		
Créer et développer un « espace projet santé parentalité » avec des partenaires de professions et secteurs variés		
 renvoie aux documents annexes		

xvi. Objectifs « réseaux »

d. Des objectifs de visibilité

La visibilité peut être perçue comme une part du travail en réseau. Nous avons choisi de l'isoler du travail en réseau car le travail de la visibilité doit être sérieusement pris en compte.

La communication interne et externe des CPN est un levier pour faciliter leur reconnaissance et leur intégration au sein des réseaux de professionnels.

Objectifs « visibilité »	Comment a-t-il été travaillé sur les sites ?	Outils et formations
Communication vers le grand public		
Communiquer l'existence, le rôle et les services de la CPN auprès des professionnels	Mettre des mots sur les pratiques afin de les rendre communicables Lister les différentes tâches et activités de la TMS en prénatal par le moyen d'un vademecum du secteur prénatal Communiquer le rôle de la CPN lors d'un colloque avec assistants de l'hôpital 📖	
📖 renvoie aux documents annexes		

xvii. Objectifs « visibilité »

e. Des outils d'évaluation pour une « assurance qualité »

L'évaluation est envisagée à la fois comme un processus continu qui dynamise et supporte le projet.

Démarches et outils d'évaluation	Outil	Usage
Une évaluation comme processus d'apprentissage collectif Une évaluation comme soutien d'une « organisation apprenante »	Une grille de rédaction d'un projet basée sur les objectifs construits à l'occasion de cette recherche-action Une grille d'auto-évaluation diachronique de la réalisation des objectifs	Favoriser la construction d'espaces de construction collective et d'empowerment entre les professionnels de la périnatalité
Une évaluation comme « démarche qualité »	Un outil pour récolter en routine les informations sur le processus permettant un ajustement annuel de ce dernier	Favoriser une objectivation des éléments à partir desquels élaborer une évaluation du processus
Une évaluation comme ressort de la dynamique de projet	Les outils de l'évaluation ont pour objectifs de participer à la construction du réseau	Favoriser la mise en relation des professionnels de la périnatalité autour des résultats de l'évaluation
Une évaluation comme support de l'ajustement des services aux futurs parents	Les outils d'évaluation ont pour objectifs d'améliorer l'accompagnement des futurs parents	Favoriser une communication claire de l'offre de service vers les futurs parents

xviii. Démarches et outils d'évaluation

2. Un projet pour une mise en place intégrée des objectifs

La construction puis la mise en place d'un projet demande un peu de méthode. Nous proposons ci-dessous une manière organisée d'aborder la construction d'un projet. La méthode du projet que nous proposons est inspirée du travail réalisé sur les trois sites. Il s'agit d'un condensé et d'une articulation des questions que les professionnels se sont posées tout au long de cette recherche.

La mise en place du projet repose sur des critères de qualité :

- réalisation d'un diagnostic de la situation à partir des « préalables à l'action » et des objectifs du dispositif
- participation de partenaires (gynécologue, sage-femme, assistant sociaux, ...) à différentes phases du projet
- choix d'actions qui permettent de rencontrer plusieurs objectifs

Le projet est donc à la fois une manière de :

- transformer sa pratique et son offre de service
- développer le travail en réseau par l'apprentissage de la collaboration

Le processus apparaît comme l'institutionnalisation d'un projet de dispositif entre les acteurs de la périnatalité. Il nous paraît important d'ancrer la représentation du projet comme « une anticipation opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré⁴² ». Les projets construits en liaison avec les acteurs de prénatalité sont l'occasion de rediscuter les modes de fonctionnement entre professionnels. L'action est à deux niveaux : d'un côté, le projet, par ses objectifs, permet d'améliorer et d'apporter des solutions aux « problèmes » de liaison actuels. De l'autre côté, il permet aux professionnels d'apprendre à « fonctionner » ensemble en liaison.

a. Phase 1 : se connaître avant d'agir

La mise en place du projet est inspirée des quatre étapes décrites par Boutinet : analyse de situation (interne et externe), esquisse d'un projet possible, stratégie entrevue et validation sociale⁴³. La validation sociale du projet consiste à donner de la légitimité au projet. Celle-ci est indispensable avant la mise en œuvre du projet. Le processus de mise en place décrit ci-après est en lui-même porteur d'une construction de la validation sociale du projet, notamment par l'incitation à la collaboration entre les différents acteurs de la périnatalité à chaque étape du processus.

⁴² BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Quadrige, Puf, Paris, 2005, p. 67.

⁴³ BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Quadrige, Puf, Paris, 2005, p. 255.

Le début du projet passe par une phase – parfois longue en fonction des équipes – d’autoévaluation, une phase où l’on établit le diagnostic de la situation de la CPN et où l’on identifie les difficultés. Le manque d’un cadre rassurant pose une difficulté aux professionnelles. D’une part, elles rejettent dans un premier temps les conclusions des rapports, ainsi que les propositions du Dr. Molénat. D’autre part, elles ont des difficultés à imaginer qu’un projet puisse partir de la base, du terrain. Laisser chaque groupe définir son propre projet, même par opposition, prend du temps. Néanmoins, cela permet à chaque groupe de professionnels de construire collectivement le projet, et finalement de pouvoir le porter. « Se construire un projet, c’est d’abord construire une méthodologie de la curiosité, à convertir ensuite en méthodologie d’appréhension des opportunités⁴⁴».

1. Quelles sont activités de la CPN ?
2. Quels sont les outils, les documents développés par les professionnels ? A quel constat ces outils répondaient-ils ?
3. Quels sont les succès de la CPN ? Quelle situation particulièrement difficile a-t-elle bien gérée ?
4. Quelles sont les difficultés récurrentes que rencontrent la CPN, les professionnels dans leur fonctionnement quotidien ?
5. Quelles sont les difficultés liées par les professionnels du réseau en matière de collaboration avec la CPN ? Quelles sont les difficultés récurrentes ?

b. Phase 2 : Connaître son environnement avant d’agir

A partir du diagnostic de la situation, l’équipe passe en revue les conditions préalables à la mise en place du projet.

L’institutionnalisation d’un projet nécessite une réflexion préalable sur les conditions de l’environnement de travail et sur la légitimité des personnes qui portent le projet.

1. Quels sont les éléments du diagnostic qui semblent indiquer que l’un ou l’autre des préalables n’est pas rencontré (cf. liste p. 54-56) ?
2. Le ou les préalables non rencontrés peuvent se situer sur une échelle : jamais rencontré, parfois rencontré, souvent rencontré (cf. liste p. 57-62).
3. Quels sont les objectifs qui sont déjà rencontrés ? En quoi estime-t-on qu’ils sont rencontrés ?
4. Quels sont les objectifs qui ne sont pas rencontrés ?
5. Le travail des professionnels est facilité s’il est focalisé sur une solution à un problème concret. Quel problème concret choisir pour initier les collaborations ?

Si l’un de ces préalables n’est pas rencontré, nous encourageons l’équipe à lever cet obstacle avant la mise en place du projet, où à en tenir compte lors de la mise en place du projet.

⁴⁴ BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Quadrige, Puf, Paris, 2005, p. 257.

c. Phase 3 : se mettre ensemble vers l'action

Sur base du diagnostic, l'équipe invite d'autres professionnels à discuter des constats. Cette phase correspond à la mise en place d'un groupe de travail interinstitutionnel dont le corps du travail sera de passer en revue l'ensemble des objectifs proposés dans ce référentiel.

1. Quels sont les objectifs qui sont déjà rencontrés ?
 - a. Comment sont-ils déjà rencontrés ?
2. Quels sont les objectifs qui ne sont pas du tout rencontrés ?
 - a. A quelles occasions ne sont-ils pas rencontrés ?
3. Est-il possible de mettre en place des activités, des processus pour atteindre cet objectif ?
4. Quels sont les objectifs partiellement rencontrés ?
 - a. A quelles occasions ? Est-il possible de mettre en place des solutions pour que cet objectif soit plus souvent atteint ?
5. Quels sont les outils qui pourraient soutenir les objectifs ?
6. Quelles sont les formations qui pourraient soutenir les objectifs ?
7. Quels sont les changements d'organisation qui pourraient soutenir l'action ?

d. Phase 4 : prioriser les constats et proposer un projet « ensemble »

1. Parmi les objectifs non rencontrés ou partiellement rencontrés le ou lesquels sont-ils les plus problématiques ?
 - a. Quelle solution concrète peut-on mettre en place et tester ?
2. Comment communiquer le projet commun ?
 - a. Qui sont les personnes vers qui communiquer ce projet ?
 - b. Comment communiquer ce projet aux futurs parents ?

e. Phase 5 : mettre en place les solutions

1. Dans quel ordre doivent-elles être mises en place ?
2. Quel est le calendrier des tâches ?
3. Avec quels moyens doivent-elles être mises en place ?
4. Qui doit les mettre en place ?

f. Phase 6 : évaluer ensemble

Utiliser les outils de diagnostic et d'évaluation pour ajuster et améliorer le fonctionnement du dispositif

C. Pistes pour des formations

Les résultats de cette recherche-action se prêtent à une proposition de référentiel pour une formation. La finalité de cette formation est de favoriser « les bonnes pratiques » pour le soutien à la parentalité, l'accompagnement de la grossesse et la prévention/réduction des risques.

En France, à la demande de la Direction Générale de la Santé, suite au Plan périnatalité et aux recommandations de la HAS (Haute Autorité en Santé), un référentiel de formation a été édité. Ce document intitulé « Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre » est le fruit d'un travail d'experts (sages-femmes, gynécologues, psychologues, ...). L'adaptabilité de ce référentiel pose quelques difficultés. Premièrement, il est principalement axé sur le moment de l'entretien. Deuxièmement, les formations liées au travail en réseau paraissent secondaires. Troisièmement, les recommandations formulées dans ce référentiel sont adaptées au contexte français qui, rappelons-le, n'intègre pas de professionnel équivalant aux TMS. Par exemple, il est recommandé que ce soit les sages-femmes ou les gynécologues qui mènent l'entretien parce qu'ils sont naturellement présents dans le suivi de la grossesse. Le référentiel est cependant, sur de nombreux points de contenu congruent avec les propositions ci-dessous, par exemple, l'attention aux pratiques d'entretiens existantes.

1. Soutenir les professionnels dans leurs pratiques d'entretiens

Si le nombre d'entretiens réalisés par les professionnels au cours de la grossesse semble suffisant (sauf cas particulier), il est intéressant de renforcer leurs compétences en matière d'entretien. Les vulnérabilités des parents sont découvertes/reconnues au fil des entretiens.

Objectif

- 1.1. Favoriser une « réflexion » sur les circonstances des entretiens et leurs habitudes des professionnels en matière de pratiques d'entretien
- 1.2. Présenter différentes pratiques d'entretiens sous leurs aspects techniques et éthiques

Comment ?

Echanges entre professionnels concernant des situations d'entretien qu'ils ont vécues comme « problématique » où qu'ils considèrent comme des exemples « d'entretiens réussis ».
Supervision d'un expert spécialisé dans les techniques d'entretien.
Présentation de techniques d'entretien avec mise en situation sous forme de jeu de rôle ou jeu dramatique

2. Soutenir les professionnels par l'actualisation et l'harmonisation de leurs référentiels

Par référentiels, nous désignons l'ensemble des connaissances et des savoirs (connus, appris, formalisés, implicites, ...) dans lesquels les professionnels puisent les références de leur pratique.

Objectif

- 2.1. Permettre aux équipes et aux professionnels de présenter les outils, les procédures, les manières de faire qui fondent leur pratique
- 2.2. Mettre en débat les manières de faire ; en éclairer les différences, les ressemblances par des références théoriques

Comment ?

Sous forme d'ateliers où les professionnels peuvent présenter leurs « outils », accompagnés par un/des expert(s)

3. Le choix des mots pour identifier et exprimer la vulnérabilité

Comment communiquer une situation de vulnérabilité auprès des autres professionnels, qu'ils soient membres de mon équipe ou un collaborateur d'un autre service, d'une autre institution ?

Objectif

- 3.1. Apprendre à définir ensemble un vocabulaire partagé pour dire, relater les situations de vulnérabilité
- 3.2. Un vocabulaire partagé pour proposer des suivis, des accompagnements adaptés

Comment ?

A partir de récits de vie, les professionnels sont amenés à décrire, avec leurs propres mots, la situation de vulnérabilité et à confronter le choix de ces mots avec celui des autres professionnels.

4. Maintenir une 'pratique réflexive'

La réflexivité est une compétence centrale dans la pratique des TMS. Elle leur permet d'être à l'écoute des parents, de réguler leurs pratiques. Cette compétence doit être soutenue. Cependant, la compétence de réflexivité ne peut signifier une totale autonomie et une « sur responsabilisation » du professionnel quant à ses décisions.

Objectif

- 4.1. Apprendre les « mécanismes de la réflexivité », comment elle mène à faciliter le travail, comment elle fait naître des habitudes de travail, comment elle enrichit le travail prescrit, par la créativité.

Comment ?

Cette compétence pourrait être un des fils conducteurs de l'offre de formation : formalisation des démarches et travail « méta ».

5. Des projets négociés pour renforcer les collaborations

Les liens entre les professionnels peuvent passer par la réalisation d'un projet commun. La méthodologie de projet est une compétence qui pourrait favoriser les liens entre professionnels.

Objectifs

5.1. Développer les compétences des professionnels en méthodologie de projet

Comment ?

Soutien en formation de projets amenés par les professionnels et par rapport auxquels ils rencontrent des difficultés, des questionnements, ...

Supervision par un spécialiste de la méthodologie de projet.

6. Favoriser la prise de conscience à propos des relations interculturelles

Les situations d'interculturalités sont fréquentes, ce d'autant plus si l'on étend la notion de culture à celle de « la manière dont les personnes se représentent le monde ». Il pourrait par exemple exister des formes d'interculturalités entre des cultures professionnelles différentes. Il apparaît aussi qu'un couple n'est pas porteur d'une seule culture et qu'il n'est pas possible d'attribuer telles pratiques culturelles à une personne.

Objectifs

6.1. Développer la sensibilité des professionnels à la difficulté d'interpréter la culture de l'autre

6.2. Favoriser leur prise de position entre le respect de la culture, la compréhension de la culture et leurs missions

Comment ?

Permettre aux professionnels d'apporter des exemples de situations où l'interculturalité est en jeu.

Favoriser la construction collective de solutions et de réflexions par des échanges entre les professionnels.

Permettre aux professionnels de recadrer ces échanges avec un expert des relations interculturelles.

7. Un accompagnement des équipes en matière de relations interculturelles

Les situations de relations interculturelles ne sont pas faciles à gérer, elles peuvent conduire à des malentendus qui nuisent à la qualité de la relation entre professionnels et futurs parents.

Objectifs

7.1. Favoriser l'inclusion d'une réflexion sur les relations interculturelles dans la pratique des professionnels

Comment ?

Organiser un accompagnement régulier (deux fois par an) au cours duquel des situations d'inter culturalité « mal » vécues par l'équipe pourrait être élucidées avec l'appui d'un expert.

8. Un enrichissement des signes d'alerte

Les situations à risques sont repérées par des « signes d'alerte », des indices qui mettent la « puce à l'oreille » des professionnels. Les signes d'alerte sont constitués à la fois de listes formalisées dans des grilles d'évaluation et les savoirs des professionnels construits empiriquement. Les signes d'alerte ne sont pas fixés pour toujours, l'évolution de la société impose une remise à jour des signes d'alerte.

Objectifs

8.1. Mettre à jour les signes d'alerte et leur valeur en regard du contexte

8.2. Partager des outils, des aide-mémoire concernant ces signes d'alertes

Comment ?

Par des études de cas où les professionnels pourraient exprimer ce qui leur met la puce à l'oreille.

VII. Bibliographie

1. Monographies et collectifs

- BARBIER R., *La recherche-action*, Anthropos, Economica, 1996.
- BARTOLI L., *Venir au monde. Les rites de l'enfantement sur les cinq continents*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 2007.
- BOUCHARD S. et CYR C., *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique*, Presse de l'Université du Québec, Canada, 2005.
- CHAMPENOIS ROUSSEAU B., *Ethique et moralité ordinaire dans la pratique du diagnostic prénatal*, Thèse, Ecole Nationale des Mines de Paris, février 2003.
- BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Quadrige, Puf, Paris, 2005.
- DAFFOS F. et al., *Anthropologie du fœtus*, Dunod, Paris, 2006.
- DELOR Fr. et HUBERT M., *Un ré-examen du concept de « vulnérabilité » pour la recherche et la prévention du VIH/SIDA*, Com Wallon-Bruxelles, Observatoire du SIDA et des Sexualités, Bruxelles, 2003.
- DEMARTEAU M., *L'A.P.P.R.E.T. Une méthode pour construire des programmes d'éducation pour la santé*. APES. Service de Santé au Travail et d'Education pour la Santé, Université de Liège, 1991.
- DELL HYMES H., *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*, University of Pennsylvania Press 1974.
- DEVEREUX G., *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Aubier, Paris, 1980 (1^{ère} édition 1968).
- GARFINKEL H., *Ethnomethodology's Program. Working out Durkheim's aphorism*, Rowan and Littlefield Publisher, Oxford, 2002.
- GARFINKEL H., *Recherches en ethnométhodologie*, Puf, Paris, 2007.
- GITTELSON J., *Rapid Assesment Procedures (RAP) – Ethnographic Methods to Investigate Women's Health*, International Nutrition Foundation, Boston, 1998.
- GREIMAS J., *Sémiotique et sciences sociales*, Editions du Seuil, Paris, 1976.
- HELMAN C. G., *Culture, Health and illness*, Oxford University Press, New York, 2007 (5e edition).
- KNIBIELHER Y., *Histoire des mères*, Pluriel, Paris, 1982.
- ISSERLIS C., *Guide pour la pratique de l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mères*, Eres, Paris, 2008.
- JACQUES B., *Sociologie de l'accouchement*, Puf, Paris, 2007.
- Le collectif « Pas de 0 de conduite », *Pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans*, Eres, Paris, 2006.
- LOUX Fr., *Une si longue naissance. Les premiers mois d'un enfant prématuré*, Stock, 2001.
- LOUX Fr. et RICHARD Ph., *Sagesses du corps*, Maisonneuve et Larose, Paris, 1978.
- MARC E. et PICARD D., *L'école de Palo Alto. Un nouveau regard sur les relations humaines*, Retz, Paris, 2004.
- MILES, M. B. et HUBERMAN, A. M., *Analyse des données qualitatives*, Bruxelles: de Boeck, 2003.
- MISSONNIER S. et al., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Puf, Paris, 2006.
- MOLENAT Fr., *Naissances : pour une éthique de la prévention*, Eres, Paris, 2001.
- MOLENAT F., *Mères vulnérables*, Stock, Paris, 1998.
- PARROCHIA D. (sous la direction de), *Penser les réseaux*, collection milieux, Champs Vallon, Seysse, 2001.

- PENALVA J.-M. (sous la direction de), *Intelligence collective*, Mines Paris Les presses, Paris, 2006.
- POUPART J. et al., *La recherche qualitative. Diversité des champs et des pratiques au Québec*, Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 1998.
- SCHÖN D. A., *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*, Basic Books, Etats-Unis d'Amérique, 1983.
- VANDER LINDEN R. et ROEGIER S., *Prévenir. Les troubles de la relation autour de la naissance*, Temps d'Arrêt, Ministère de la Communauté française de Belgique, s.d.
- WINKIN Y., *Anthropologie de la communication*, Essais, Points, n°448, Paris, 2000.

2. Articles

- ABSIL G., À Bruxelles, quand l'expérience balaie des critères préconçus d'évaluation in santé de l'homme, n° 390 - juillet-août 2007, p. 41-42.
- ABSIL G. et DENIS M.E., Le regard des intervenants et l'éventail des parents, Les journées de l'INPES, INPES, Paris, 2007 (communication)
- ANDERSON B. A. et al., Identify intimate partner violence at entry to prenatal care : clustering routine clinical information in *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 47, n°5, 2002, p. 353-359
- ALCALAY R. et al., Designing Prenatal Care Messages Low-Income Mexican Women in Public Health Reports, vol. 108, n°3, p. 355-362.
- BERNADETTE T., *Le fœtus, une approche anthropologie* in MISSONNIER S. et al., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Puf, Paris, 2006.
- BOUCHARD L. et RENAUD M., Female and male physicians' attitudes toward prenatal diagnosis. A pan-canadian survey in *Social Sciences and Medicine*, vol. 43, n°3, p. 381-392, 1997.
- DONZELOT J., La police des familles in *Information sociales*, n°73-74, 1999, p. 136-143.
- GODELIER M., Un homme et une femme ne suffisent pas à faire un enfant. Analyse comparative de quelques théories culturelles de la procréation et de la conception in *Ethnologies comparées*, n°6, 2003.
- GODELIER M., Il faut toujours plus qu'un homme et une femme pour faire un enfant in *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*, Albin Michel, Paris, 2007.
- GRIMAUD L., Le récit de pratique, un outil clinique en institution ? in *Vie sociale et traitements*, n°79, p. 8-11.
- HASKIN M. et al., Developing a family-centered, Hospital-based perinatal education program in *The Journal of Perinatal Education*, vol. 9, n°4, 2000.
- HAVELANGE C., La trace, construction d'un récit in *Santé conjugée*, Janvier 2002, n°19, p. 12-13.
- KEENEY B., L'épistémologie batesonienne, les chamanes bochimans et l'art rupestre in *La double contrainte. L'influence des paradoxes de Bateson en sciences humaines*, Sous la direction de J.-J. Wittezaele, de Boeck, 2008, p. 69-96.
- KERKER B. D. et al., Patients' characteristic and providers' attitudes : predictors of screening pregnant women for illicit substance use in *Child Abuse and Neglect*, n°28, 2004, p. 209-223
- LAZARUS E. S. et al., What do women want ? : issues of choice, control, and class in pregnancy and childbirth in *Medical Anthropology Quarterly*, 8(1), 1994, p. 25-46.
- LUZ K. F., Abused pregnant women's interactions with health care providers. During the childbearing year in *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, vol. 34, n°2, 2005, p. 151-162.

- MOREL M.-F., *Fœtus et histoire* in MISSONNIER S. et al., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Puf, Paris, 2006, p. 21-40.
- PETERSEN R. et al., *Preventive Counseling During Prenatal Care. Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS)* in *American journal of Preventive Medicine*, vol. 20, n°4, 2001.
- ROEGIERS L. et al., G.I.P., des équipes de pointe à l'école de l'interdisciplinarité in *Naissance*, 2006.
- ROLFE G. et al., Beyond expertise : theory, practice and the reflexive practitioner in *Journal of Clinical Nursing*, n°6, 1997, p. 93-97.
- SMITH R.S., Parent Education : empowerment or control ? in *Children and Society*, vol. 11, 1997, p. 108-116.
- WALENTOWITZ S., La vie sociale du fœtus. Regards anthropologiques in *Spirale*, (n°36), 2005, p. 125-141.
- WILLIAMS C., Framing the fetus in medical work : rituals and practices in *Social Science & Medicine*, 60, 2005, p. 2085-2095.
- WHITEFORD L. et al., Acces and utility as reflections of cultural construction of pregnancy in *Preventive Care Update*, vol. 7, n°3, 2000, p. 98-104.
- ZAMBRANA R. E. et al., Prenatal Health Behaviors and Psychosocial Risk Factors in Pregnant Women of Mexican Origin : The role of Acculturation in *American Journal of Public Health*, vol. 87, n°6, p. 1022-1026.

3. Rapports

- ABSIL G., DENIS M.E., CASPERS E., MASSON V., VANDOORNE C. et FOIDART J.M., *Utilité et conditions d'applicabilité d'un guide d'entretien dans le cadre du suivi de la femme enceinte*. Rapport final présenté au Comité scientifique de l'ONE le 16 juin 2006, APES-ULg, APALEM Chr, Liège, 2006.
- DUPUY-GODIN M., Bâtir des ponts culturels entre la femme enceinte immigrante et le médecin en formation in *Pédagogie Médicale*, 2001, 2, p. 135-143.
- HERMANGE M.-Th, *Périnatalité et parentalité*, Rapport remis le 26 février à Ph. BAS, Ministre délégué à la Sécurité Sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille.
- MARTIN Cl., *La parentalité en question. Perspectives sociologiques*, Rapport pour le Haut Conseil de la Population et de la Famille, Rennes, avril 2003.
- Ministère de la santé, Fiche 1 : l'entretien prénatal du 4^e mois, 2005.
- GRIS (Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé), *Analyse de l'implantation d'un réseau interhospitalier de soins pédiatriques : le Réseau Mère-Enfant*, Université de Montréal, 2001.
- HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*, Haute Autorité en Santé, France, 2005.
- World Health Organization, *Working with Individuals, Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health*, Making Pregnancy Safer initiative. Reproductive Health and Research World Health Organization, Genève, 2003.
- World Health Organization, *interventions recommandées par l'OMS pour améliorer la santé de la mère et du nouveau né*, World Health Organization, Genève, 2007.

ANNEXES

Réalisation de l'équipe de la CPN de Bruxelles

La consultation prénatale de quartier est **un ensemble de services de proximité gratuits mis à disposition des futurs parents afin s'assurer le meilleur suivi possible de la grossesse.**

1. Des professionnels de la pré natalité

Les professionnels de la consultation sont les TMS. Elles assument un ensemble de tâches médicales, sociales et administratives pour **un suivi de grossesse optimal et adapté à chaque futur parent.**

L'offre de services vise à accompagner les futurs parents en **envisageant la grossesse de manière globale** : médical, social et psychologique. Elle s'accompagne d'un **travail en réseau** avec les professionnels qui sont en contact avec les futurs parents.

Tout au long de la grossesse, les professionnels de la consultation prénatale accompagneront les futurs parents dans leurs questionnements, leurs doutes et leurs apprentissages. Ce travail s'effectue en **contact et en relation avec les futurs parents** à l'occasion de rencontre en consultation ou de visite à domicile. **La construction d'un lien privilégié** avec les futurs parents est au cœur du travail des TMS. Ce lien, basé sur **l'écoute, la confiance et le professionnalisme**, est une occasion pour les futurs parents de s'exprimer à propos de la grossesse. Devenant un des interlocuteurs privilégiés des parents, la TMS peut **ajuster l'offre de services**, au cas par cas, à la situation et aux demandes des futurs parents. Les missions des TMS leurs permettent, autant que possible, de **prendre le temps de dialoguer** avec les futurs parents.

2. Des professionnels de la prénatalité dans un quartier

La consultation est située dans le quartier des Marolles. Être au sein d'un quartier c'est :

- être plus proche de la population et du réseau associatif.
- Faire de la consultation un lieu d'accueil
- offrir un contexte moins médicalisé parler de la grossesse avec les futurs parents
- être accessible pour la population
- donner la possibilité aux populations les plus fragilisées d'avoir accès à un suivi professionnel de leur grossesse
- faciliter l'accès des futurs parents à l'ensemble des services, aides, consultations médicales auxquels ils ont droit.

3. Une complémentarité avec les autres professionnels

La connaissance que les TMS ont des situations des futurs parents est une chance pour les autres professionnels de la périnatalité. En effet, dans les limites éthiques du secret professionnel, les TMS peuvent **clarifier certaines situations auprès des autres professionnels** ou, le cas échéant, **proposer aux futurs parents une rencontre avec un professionnel spécialisé.** Ce travail s'effectue **en partenariat avec les parents** qui sont les acteurs centraux de l'offre de services. Le dialogue est aux centres de ce partenariat qu'il s'agisse d'entretien en consultation ou de visite à domicile. La TMS est le professionnel dont une partie du temps de travail est dédié au dialogue avec les futurs parents afin d'**assurer une grossesse dans les meilleures conditions médicales, sociales et psychologiques possibles en regard de la chaque situation.**

Réalisations de l'équipe de la CPN de Charleroi

**Fiche de
liaison**

Etiquette

Prévenir le parquet OUI NON

(tél. 071236757)

Consignes d'utilisation :

Entourer les informations

un entouré signifie que des informations supplémentaires peuvent être demandées à :

Nom de la TMS référente :

Tél :

Maman non vue

Maman à soutenir

Couple

Rupture

Soutien du conjoint



Maîtrise du français

Si non quelle(s) autre(s) langues



Violence, agressivité

Qui ?
Envers qui ?



Antécédent de deuil

Deuil d'un proche
Deuil d'un enfant



Compétences

Immaturité

Débrouillarde



Désir d'enfant

Enfant non désiré
Déni de grossesse

Enfant attendu



Pas de droits sociaux

Illégal
Sans domicile



Logement

Inadapté
Dangereux



Famille

Rupture

Soutien. Qui ?



Réseau de professionnels

A activer
A construire

Déjà actif, personne de référence :
(assoc. , nom, tel)



Besoin d'encadrement

Maman à soutenir



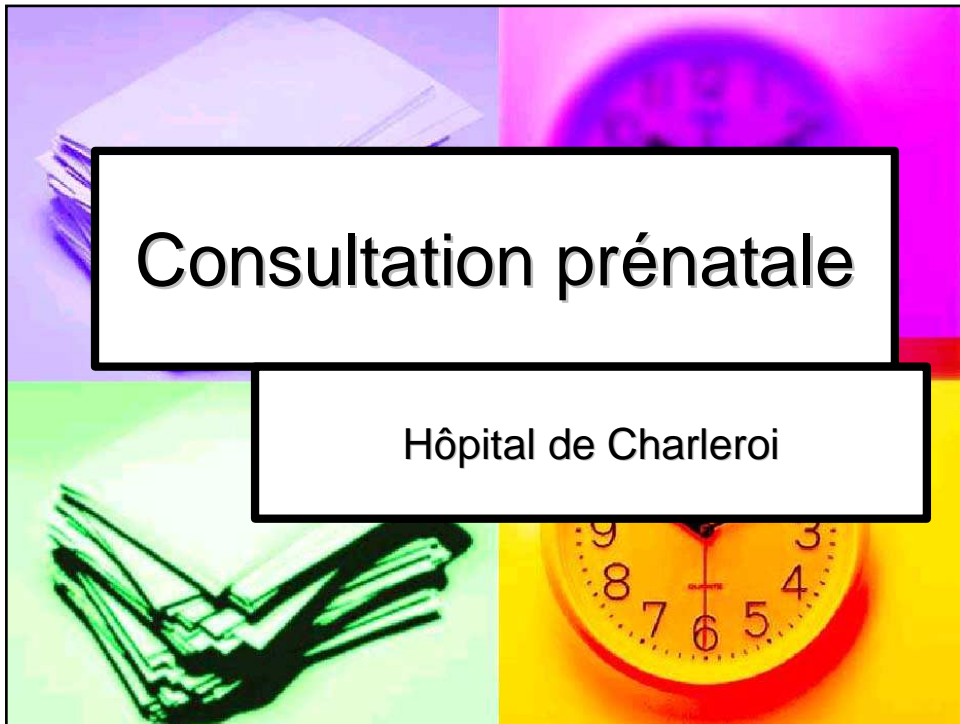
Commentaire libre :

Merci de remplir l'évaluation de cette fiche :

Ma fonction est

1. Cette fiche m'a été utile dans le cadre de mon travail	Oui	Non	Sans avis
2. Les informations fournies par la fiche sont suffisantes	Oui	Non	Sans avis
3. Les informations sont précises	Oui	Non	Sans avis

4. Je souhaite proposer une amélioration :





Qui sommes-nous ?

- Les services de la consultation prénatale sont assurés par une équipe de ... TMS (Travailleur Médico Social) de l'ONE.
- Nous sommes des infirmières, des infirmières sociales et des assistantes sociales



Qui sommes-nous ?

- Les TMS sont des interlocuteurs privilégiés pour les futurs parents, des professionnels de proximité
- MAIS qui reconnaissent les limites de leurs compétences



TMS de liaison et de néonatalogie

- La TMS de liaison
 - Rencontrer, accompagner et soutenir les parents à la maternité
 - Faire le lien entre les services extérieurs (one, ...)
 - Nombre de naissances 1300
- La TMS de néonatalogie
 - Soutien administratif
 - Réponses aux questions spécifiques des parents
 - Visitez à domicile (préparer le retour)
 - Prise en charge émotionnelle
 - Nombre de naissances




Pour qui travaillons-nous ?

- Les services de la consultation sont proposés à tous les futurs parents
- Cependant la population avec laquelle nous travaillons est caractérisée par la pauvreté, des fragilités sociales, psychologiques et psychosociales.
- La consultation c'est XXX grossesses suivies par an.



Comment travaillons-nous ?

- Les futurs parents sont accueillis à la consultation lors d'un premier entretien
- Par la suite, les parents seront rencontrés plusieurs fois à diverses occasions :
 - Bilans médicaux
 - Questions d'opportunité posées par les parents
 - et visite à domicile (proposée mais pas systématique)



La visite à domicile

- La visite à domicile est une des spécificité du travail des TMS
 - Rencontrer les futurs parents chez eux
 - Changer de contexte, changer de sujet d'entretien
 - Voir les parents chez eux
 - Mieux appréhender leurs difficultés



Construction du lien

- Au fil de ces rencontres, nous construisons le lien, la confiance avec les futurs parents
 - La confiance est le garant de la qualité des services proposés aux futurs parents
 - La confiance permet l'individualisation de l'accompagnement des parents
 - La confiance permet l'éducation au rôle de parents (le soin, l'éducation)
 - La confiance permet d'améliorer la prévention des risques 'psychosociaux'



Notre travail c'est aussi le partenariat avec les autres professionnels

- Des partenariats avec les professionnels de l'hôpital pour optimiser le suivi de la grossesse et la prévention des situations à risques
- Des partenariats avec des professionnels hors hôpital (services sociaux, ...) pour optimiser l'activation d'un maillage social pour les futurs parents




Un accompagnement de la grossesse

- L'accueil
- L'écoute
- Le dialogue
- Le conseil
- Le lien
- La prévention
- La parentalité



Notre projet

- Un accompagnement de la grossesse
- Une fiche de liaison pour aider les professionnels dans la salle d'accouchement (outil d'aide à la décision)
- La mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire afin d'améliorer le suivi des futurs parents.



Une fiche de liaison

- Quelles sont les informations utiles pour les professionnels dans la salle d'accouchement ?
- Comment présenter ses informations pour limiter l'ambiguïté, assurer la lisibilité, préserver le secret professionnel et conserver la confiance des futurs parents
- Quel est l'avis des professionnels à propos de cette fiche ?



Un groupe pluridisciplinaire (nom ?)

- Objectifs :
 - Permettre d'échanger entre professionnels autour de grossesses difficiles
- Qui ?
 - TMS, sage-femme, psychologue, gynécologue, ...
- Mise en place
 - Reconnaissance de l'utilité
 - Un lieu de réunion
 - Un temps de réunion
 - Une personne pour coordonner



Un groupe pluridisciplinaire

- Quelles balises avant de démarrer ?
- Discuter des futurs parents ou des difficultés propres aux professionnels ?
- Quel rôle pour les TMS ?
- Quels sont les objectifs ?
 - A court/long terme
- Quels modes de fonctionnement ?



Un groupe pluridisciplinaire

- Effets attendus
 - Amélioration du suivi des grossesses à risques
 - Amélioration de la collaboration entre les professionnels

Réalisations de l'équipe de Liège

Notre objectif est :

« Valoriser un espace potentiel où l'enfant (dans un cadre adéquat) et le parent (avec ses compétences et ses limites) peuvent exister. »

Nous sommes présentes :

Service prénatal

Accueil
Permanences
Consultations prénatales

Soirées d'information pour
TOUS les parents

T.M.S. référente
à la maison maternelle
à la prison de Lantin
au centre fermé de Vottem
au centre de réfugiés de Fraipont

Service postnatal

Rencontre avec TOUTES les
accouchées (2000 acc./an).

Service Néonatal

Entretien avec TOUS les parents
des nouveaux-nés hospitalisés
(550 admissions).

E
S
P
R
I
T

Accueil

Disponibilité

O.N.E. = service non obligatoire

O
U
T
I
L
S

Inscription C.P.N.

+/- 1200 futures mères par an

Ecouter

Anamnèse : difficultés exprimées ?

E
S
P
R
I
T

Accompagnement proposé ...

O
U
T
I
L
S

Visite à domicile

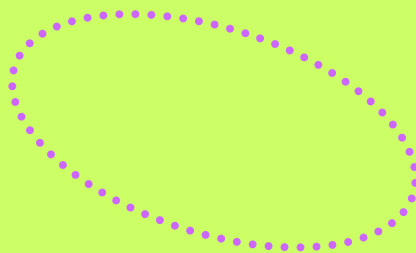


E
S
P
R
I
T

Si risques présumés ...




O
U
T
I
L
S



**E
S
P
R
I
T**

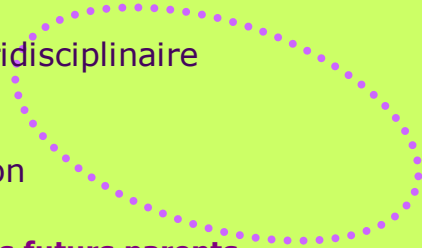
Si risques présumés ...



**O
U
T
I
L
S**


Equipe pluridisciplinaire
Analyse
Réévaluation

+/- 10% des futurs parents



**E
S
P
R
I
T**

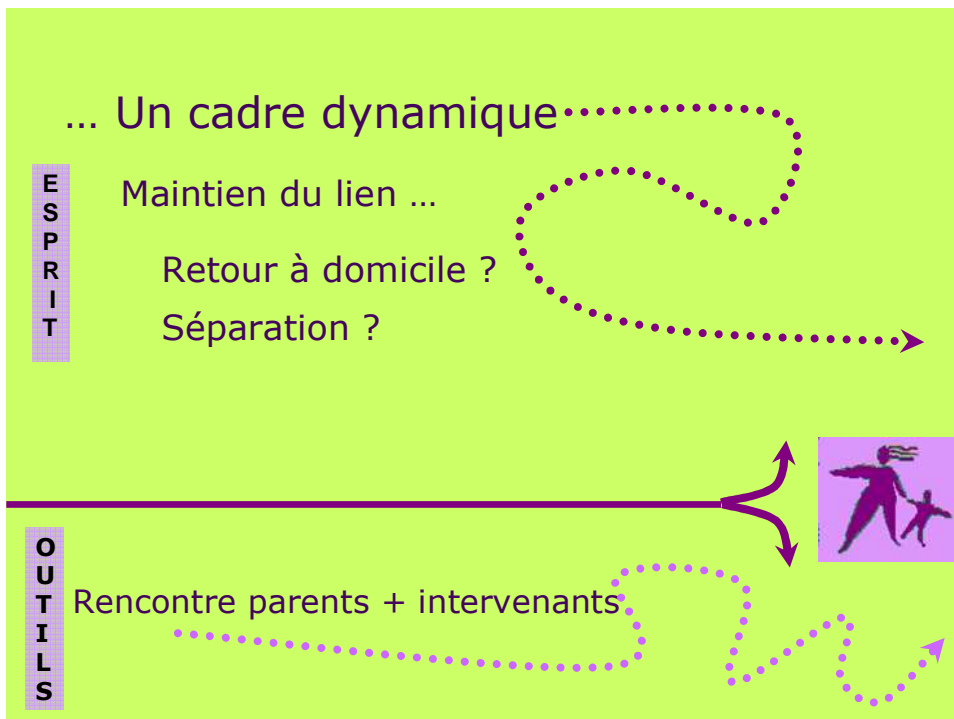
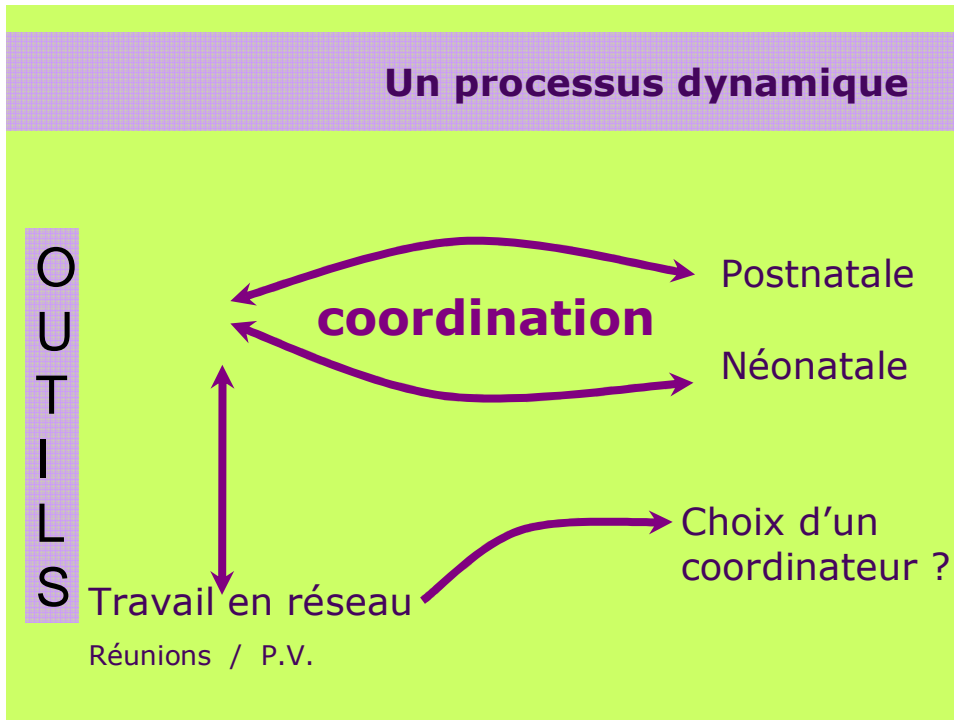
Avec le parent,
Établir un lien ...
Travailler en transparence,
Travailler dans le temps ...
Créer ...



Un processus dynamique

**O
U
T
I
L
S**

Visites à domicile
Entretiens en consultation



O Ce sont les faits qui doivent étayer le bilan
U clinique et le pronostic plus que les
T intentions de la patiente.

I Evaluer la capacité qu'a le parent de se
L prendre en charge, ce qui peut induire sa
S capacité à élever son enfant.

... L'espace d'un possible





Une équipe de 15 TMS ONE:

- ayant pour formation AS et infirmier
- à temps plein et temps partiel
- prestés en CPN à la maternité et néonatalité

OBJECTIF: valoriser un espace potentiel où l'enfant et les parents peuvent exister



Les TMS de prénatalité se voient attribuer les femmes enceintes selon leur domaine parce que le changement de TMS a un secteur géographique déterminé.

Le nom de la TMS figure sur la couverture du dossier ainsi que dans le carnet de la mère.

Certaines TMS sont souvent répertoriées :

- à la maison de maternité,
- à la maison de Lantin,
- au centre de réfugiés de Fraipont,
- à la maison d'accouchement femmes battues.



L'anamnèse psycho-médico-sociale est la 1ère rencontre avec les futurs parents .

En constituant le dossier, elle nous permet d'établir un lien avec la famille et l'ONE.

Nous expliquons les services offerts par l'ONE et nous sommes à l'écoute des demandes et difficultés que les parents pourront exprimer.

Nous proposerons à chaque femme enceinte un accompagnement individualisé selon sa situation.

Nous nous rendons à domicile durant la grossesse où nous aborderons différents sujets qui préparent au mieux la naissance du bébé (hygiène de vie pendant la grossesse, maturité du bébé, séjour à la maternité, démarches administratives,...) + brochures.



Un rapport de cet entretien est ensuite rédigé selon des critères d'observation préétablis.

Par exemple:

- **Point de vue social:**
 - situation professionnelle --> incidences sur la grossesse: stress, danger, dettes
 - situation conjugale
- **Point de vue psychologique:** grossesse souhaitée ou non, bébé investi ou non
- **Point de vue médical:** antécédents obstétriques, évolution de la grossesse actuelle



Tout au long de son accompagnement, la TMS et les futurs parents évalueront la situation.


Si le travail de l'ONE est d'offrir un soutien à la parentalité dans un souci de bien traitance pour tous, les parents seront conscients qu'ils sont responsables de leur réalité.



S'il y a un danger présumé pour l'enfant à naître, une grille d'évaluation nous permettra de dégager des indices de vulnérabilité ainsi que les ressources potentielles de la famille.

Les principaux éléments:


- une fragilité psychologique ou psychiatrique,
- une consommation de drogues,
- une violence conjugale ou familiale présente ou passée.



La situation sera exposée à l'équipe où toutes les TMS ainsi qu'un psychologue et un pédopsychiatre pourront analyser la situation et ainsi dégager des pistes de travail.

Cette réunion pluridisciplinaire a lieu tous les mardis matins. Le gynécologue concerné par le dossier est le bien venu.

10 % des dossiers suivis en CPN sont répertoriés comme situation à risque et demandent donc un accompagnement renforcé.



Notre accompagnement est adapté à chaque situation mais il y a **3 axes communs**:

La collégialité:

Un psychologue peut suivre les futurs parents.
L'échange en équipe rend l'analyse plus objective (diminuer la dramatisation ou au contraire éviter la banalisation) --> échange avec les sages femmes, le gynécologue et V. Masson

La transparence:

Les futurs parents sont avertis des inquiétudes de l'équipe ainsi que des démarches qui vont en découler: proposition d'aide de services sociaux extérieurs, suivi renforcé à domicile, ...



La coordination:


Notre mission prénatale s'arrête avec la naissance de l'enfant.

Notre temps d'accompagnement est très court entre l'inscription de la femme enceinte en CPN et l'accouchement.

Il est important d'établir une liaison avec d'autres services qui pourront prendre le relais.

Notre souci est de construire un réseau de soutien bien veillant, accepté par les futurs parents, qui proposera des supports structurants, durables et modulables. L'appel à un service de coordination, comme le SAJ, est parfois nécessaire.

Nous travaillons avec les intervenants présents en accord avec les futurs parents ainsi qu'avec de nouveaux partenaires sociaux.



Notre travail nous permet d'évaluer le présent et d'essayer d'imaginer l'avenir en tenant compte des forces et des vulnérabilités des futurs parents. Mais nous ne pouvons agir que sur ce dont nous avons connaissance.

Nous ne pouvons prévoir l'incidence réelle qu'occasionnera la grossesse sur la vie des parents ni ce que notre action va engendrer chez eux. Des changements et des nouvelles informations peuvent survenir chez eux à tout moment. Il faudra dès lors s'adapter, par exemple dans l'urgence.

Ce qui nous obligera, pour rester professionnel, à gérer le stress présent des intervenants tout en agissant dans l'intérêt de l'enfant. Pour autant que faire se peut!