HAL
open science

# État de santé et développement cognitif des enfants dans un contexte de grande vulnérabilité maternelle : étude descriptive observationnelle d'une population girondine issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire " Périnatalité – Grande Vulnérabilité "

Adriane Auger-Gilli

▶ **To cite this version:**

Adriane Auger-Gilli. État de santé et développement cognitif des enfants dans un contexte de grande vulnérabilité maternelle : étude descriptive observationnelle d'une population girondine issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire " Périnatalité – Grande Vulnérabilité ". Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02512536

**HAL Id: dumas-02512536**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02512536v1**

Submitted on 19 Mar 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université de Bordeaux**

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année : 2019 N° 3203

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 20 décembre 2019 à Bordeaux

Par **Adriane AUGER-GILLI**

Née le 16 septembre 1989, à Versailles (78)

# État de santé et développement cognitif des enfants dans un contexte de grande vulnérabilité maternelle

## *Étude descriptive observationnelle d'une population girondine issue de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire « Périnatalité – Grande Vulnérabilité »*

**Directeur de thèse :**

Madame le Docteur Muriel REBOLA

**Rapporteur :**

Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT

**Membres du Jury :**

Monsieur le Professeur Yves CHAIX, Président

Monsieur le Professeur Dominique DALLAY, Juré

Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, Juré

Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT, Juré

Madame le Docteur Muriel REBOLA, Directeur

## REMERCIEMENTS

Aux membres du juy :

**Monsieur le Professeur Yves CHAIX**
Neuro-pédiatre au CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse, merci de votre disponibilité et de votre gentillesse. Veuillez agréer mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

**Monsieur le Professeur Jérôme HARAMBAT**
Néphro-pédiatre à l'hôpital des Enfants de Bordeaux

Jérôme, merci d'avoir accepté d'être le rapporteur de ma thèse, merci de ta gentillesse, de tes conseils et ta disponibilité. Je n'ai pas eu l'occasion de travailler au 3A mais chaque avis, garde ou cours avec toi était un moment enrichissant et plaisant.

**Monsieur le Professeur Dominique DALLAY**
Gynécologue-obstétricien au CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

**Monsieur le Professeur Philippe CASTERA**
Médecin généraliste

Vous avez accepté de juger mon travail de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de mes respectueuses considérations.

**Madame le Docteur Muriel REBOLA**
Pédiatre à la Maternité Aliénor d'Aquitaine du CHU de Bordeaux

Nous y serons finalement parvenues. Quel parcours depuis le jour où je t'ai demandé si tu avais un sujet de thèse car « j'aimais bien » le neuro-développement ! Sacré sujet que tu m'as confié là… et j'ai tant appris : j'ai découvert une autre facette de la médecine, rencontré des personnes formidables, lu et écouté des parcours de vie incroyables qui m'ont permis d'évoluer dans ma pratique mais également dans ma façon de penser. Merci de ton soutien, de tes conseils et de ta disponibilité pour ma thèse. Et puis merci pour tout le reste ! Ta profonde gentillesse et bienveillance lors de mon stage et après, avec Louis notamment…

À tous ceux qui ont participé de près ou de loin à cette thèse :

Thomas Dupré : merci pour ton soutien et ton aide tout au long de ce travail.

Laurent Seban : merci de m'avoir ouvert les portes des 2 foyers maternels, d'avoir partagé avec moi tes connaissances de la médecine sociale, ta bienveillance envers ces femmes et ces enfants.

Laurence Toullec : merci pour ta disponibilité et ton aide.

Brigitte Senty : merci de m'avoir aidé à chercher toutes ses femmes et leur enfant dans les dossiers de la PMI. Pour ce moment d'humanité et d'entre-aide que vous m'avez offert.

Merci aux médecins de PMI, aux travailleurs sociaux des foyers maternels, foyer Leydet et CHRS Ozanam, aux travailleurs sociaux du CAIO (notamment Mme Porcher), au Docteur Mestre et membres de l'association MANA pour leur aide précieuse pour retrouver ces femmes et les contacter pour leur présenter mon travail. Et bien sûr pour leur incroyable travail d'accompagnement au quotidien auprès de ces populations vulnérables.

Merci beaucoup Louis pour tes conseils, ton aide, ta disponibilité et le travail fourni.

Merci à Anaïs et Estelle pour leurs conseils et leur soutien.

Mes parents et mon frère : merci pour votre écoute, votre temps, vos avis, votre participation active, vos traductions et tout et tout.

Á Agnès, Laurent, Olivier, Christophe, Éric, Muriel, Sophie, Sandrine : merci pour ce stage à la maternité alors que j'étais moi-même enceinte. Merci pour votre enseignement riche et varié en ce qui concerne la néonatalogie. Et merci pour les « à côté » : votre écoute et votre humanité, les séances d'ostéopathie de Christophe, vos cadeaux lors de mon départ. Je n'oublierai jamais.

Á Astrid en réa. Ce stage a été difficile « techniquement » et « humainement » pour moi. Ta bienveillance et ta douceur m'ont aidé à le traverser. Merci pour ton enseignement.

Á Caroline, Fred et Magaly en neuro. Le stage a été rude mais je m'y suis sentie complétement à ma place. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir tant appris.

Á Véronique et l'équipe du CAMSP. J'ai découvert pour de vrai ce qu'était le neuro-développement, la prise en charge globale de l'enfant et de sa famille, l'alliance thérapeutique, et bien plus encore.

Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale de Pau. J'étais tellement bien avec vous.

Merci à tous les médecins et équipe paramédicale que j'ai rencontré depuis la fin de l'internat : Mélanie Cochez ; les cabinets de pédiatrie de Tresses, Mérignac, Blanquefort ; l'équipe de Bagatelle (Mathilde pour nos conversations qui m'ont beaucoup aidées) ; l'équipe de Libourne ; l'équipe de l'EDAP.

À Krystle ma copine, cœur cœur love ! À Jennifer, Laura, Capucine, Cyrielle, Calypso, Chacha, Katleen, Amandine, Audrey pour ce stage de fou en neuro. Heureusement que vous étiez là. Vous avez séché mes larmes, écouté mon ras-le-bol et surtout vous m'avez faite rire !

À l'Amicale des Méchants, pour ce super stage à Pau et pour tous nos diners presque parfaits à Bordeaux.
À Béné, Valou et Antoine pour cette première année de médecine. Sans vous je n'y serai peut-être pas parvenue.
À Ysé, Anne-Cha, Ophélie, Louciné pour votre amitié tout au long de l'externat et bien après. Soyez heureuses et éclatez-vous !
À Pauline, Estelle, Edwige : vive notre sous-colle. Heureusement que vous étiez là… Merci de m'avoir aidé à me hisser à cette place lors de l'ECN. Et à notre amitié, nos pauses thés et petits gâteaux, nos repas (Pauline, la soupe de lundi avant le bad est inoubliable !). Que dans 20 ans nous soyons toujours amies.

À mes rencontres lors de l'internat : Victoire, tu sais déjà combien notre rencontre m'est précieuse, pas besoin d'en dire plus. À Sandra pour ces longues discussions « remontage de moral » et « que fait-on de nos vies »… Be happy and take care. À mon petit chat Morgane, heureusement que tu étais là lors de cette rude épreuve, aie confiance en toi et éclate-toi. À Anaïs pour ta gentillesse et ta douceur, à la mat et bien après. À Léna, on a pleuré mais on a surtout beaucoup rigolé ; ne te fais pas manger par les requins ! À Camille : le 4B et surtout l'HDJ, on s'en est sorties vivantes, Hallélujah. Reste totalement folle, ne soigne pas trop ton TDAH ! À Lucie et Johan sans qui les stages auraient été beaucoup moins fun. Et aussi à Margaux et Delphine, la douceur à l'état pur. À Marie T. pour ton oreille attentive, tes conseils avisés, ton culot… T'es ouf.

À toutes nos rencontres à Pau, ces copains d'armée, ces femmes de militaires devenues des amies et des soutiens lorsque nos hommes étaient loin : Gaëtan et Amandine, Mika et Marie, Aurélien et Marie, Bastien et Émilie. Et François et Mélissa : votre grain de folie et votre gentillesse nous manquent.

À Fabien… mon plus vieil ami. Prends soin de toi, que l'on fête nos 80 (et plus) ans d'amitié.

À Cécilou, depuis la 5ème maintenant… tant d'années ! De près ou de (très) loin, nous avons tant partagé. J'espère pouvoir un jour venir au Canada ! À Cécile C. il y a eu des très hauts et des très bas, mais je n'oublierai notre amitié depuis le 30 route du Dolmen.

À la Tarte Aux Pommes : douces et folles amies. À tous nos projets, nos rêves les plus fous, nos raclettes… Que l'on puisse célébrer tous les ans nos retrouvailles en agrandissant tendrement notre tarte. All my loving.

À Cilou : heureusement que tu as proposé de me raccompagner lors d'une soirée. Merci pour ton oreille attentive, tes petits diners (et gâteaux au chocolat), tes papouilles, ta bonté et ta générosité infinies. Merci de prendre soin de moi. À Mimi, Iron Man caché dans le corps de Raiponce… Si forte et si fragile, si douce et tête de mule à la fois. À Sébastich', Alex et Manu : je vous kiffe. Je vous aime tous.

À ma belle-famille qui m'a ouvert les bras sans compter. Un immense merci à mes beaux-parents qui ont accepté sans jamais rien dire que je travaille des heures et des heures chez eux, tout au long de mes années de médecine. Special thanks à Émilie et Christophe.

À Tatalie, à Mamie Fan qui sont parties et qui resteront toujours ancrées dans mon cœur. À mes grands-parents que j'aime si fort même s'ils l'oublient tout doucement. À toute ma famille.

À Cathy, merci un million de fois et bien plus encore.

À Jacquot, mon petit frère. Tu peux être fier de toi, sois heureux, sois amoureux, prends soin de toi. À Ana : prends soin de lui ! Et réalise tous tes rêves.

À mes parents pour leur amour, pour leur confiance et pour m'avoir appris à ne pas abandonner. J'espère que vous êtes fiers. Merci maman, le phare au milieu de l'océan quand je ne sais plus.

À Loulou, petit amour qui a tout chamboulé dans nos vies, que j'aime bien au-delà des mots. Grandis bien, sois heureux et fais ce qu'il te plaît.

À toi mon ami, mon amour. « Femme qui rit à moitié dans ton lit »… et pour le reste tu m'as eu toute entière. Je t'aime.

# SOMMAIRE

**REMERCIEMENTS…… 1**
**SOMMAIRE……..5**
**TABLE DES FIGURES……8**
**TABLE DES TABLEAUX……9**
**ABRÉVIATIONS……..10**

**1 INTRODUCTION ..... 11**

**2 PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION ..... 13**

2.1 CHIFFRES DE L'IMMIGRATION ..... 13
2.2 NOTIONS DE VULNÉRABILITÉ, DE RÉSILIENCE ..... 13
*2.2.1 VULNÉRABILITÉ SOCIALE ..... 14*
*2.2.2 VULNÉRABILITÉ, PARENTALITÉ ET MIGRATION ..... 15*
*2.2.3 L'ENFANT VULNÉRABLE ..... 15*
2.2.3.1 Approche de santé publique ..... 15
2.2.3.2 Approche psychologique ..... 16
2.2.3.3 Migration et vulnérabilité psychologique de l'enfant ..... 16
2.2.3.4 Retentissement des vulnérabilités psychologiques maternelles sur le développement psychologique de l'enfant ..... 17
2.2.3.5 A propos de l'absence du père ..... 18
*2.2.4 SUIVI DU NOUVEAU-NÉ VULNÉRABLE ..... 18*
2.3 PRÉSENTATION DES RÉSEAUX DE PÉRINATALITÉ ..... 19
*2.3.1 INTRODUCTION ..... 19*
*2.3.2 LE RÉSEAU PÉRINAT NOUVELLE-AQUITAINE ..... 19*
*2.3.3 LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) « PÉRINATALITÉ-GRANDE VULNÉRABILITÉ » ..... 20*
2.3.3.1 Informations générales ..... 20
2.3.3.2 Organisation d'une RCP ..... 20
2.3.3.3 Déroulement d'une RCP ..... 21
2.4 CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT ..... 22
*2.4.1 LA CROISSANCE STATURO-PONDÉRALE ..... 22*
*2.4.2 LE SATURNISME ..... 23*
*2.4.3 TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT ..... 24*
2.4.3.1 Définition du retard psychomoteur ..... 25
2.4.3.2 Définition du retard de langage ..... 25
*2.4.4 LE BILINGUISME ..... 26*

**3 DEUXIÉME PARTIE : ÉTUDE ..... 28**

3.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ..... 28
3.2 SCHÉMA DE L'ÉTUDE ..... 28
3.3 MATÉRIEL ET MÉTHODE ..... 28
*3.3.1 POPULATION ..... 28*
*3.3.2 CONTACT DES MÈRES ..... 29*
*3.3.3 LA CONSULTATION ..... 30*
*3.3.4 LE CARNET DE CONSULTATION ..... 30*
3.3.4.1 Dépistage du saturnisme ..... 30
3.3.4.2 La vaccination ..... 31
*3.3.5 DONNÉES RECUEILLIES ..... 31*
3.3.5.1 Concernant la mère ..... 31
3.3.5.2 Concernant le père ..... 32
3.3.5.3 Concernant les antécédents de l'enfant ..... 32
3.3.5.4 Concernant le développement cognitif de l'enfant ..... 32
3.3.5.5 Autres informations recueillies ..... 32
*3.3.6 CHOIX DES TESTS ..... 33*
3.3.6.1 Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) ..... 33
3.3.6.2 Le Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) ..... 33
3.3.6.3 L'échelle de Denver ..... 34
3.3.6.4 Les autres tests de dépistage de troubles développementaux ..... 35

3.3.6.5 Les tests de dépistage des troubles du langage ... 35
3.3.6.6 Le Relationship Problem CheckList (RPCL) ... 36
3.3.6.7 L'évaluation du comportement ... 37
3.4 RÉSULTATS ... 38
*3.4.1 DIAGRAMME DE FLUX ... 38*
*3.4.2 CONCERNANT LES MÈRES ... 39*
3.4.2.1 Région d'origine ... 39
3.4.2.2 Parcours migratoire ... 39
3.4.2.3 Âge lors de l'inclusion ... 40
3.4.2.4 Date de la RCP et motif d'orientation ... 40
3.4.2.5 Données administratives ... 41
3.4.2.6 Travail et revenus ... 42
3.4.2.7 Famille et ressources sociales ... 42
3.4.2.8 Santé des mères ... 43
3.4.2.9 Etat psychologique ... 43
3.4.2.10 Suivi de la grossesse ... 43
3.4.2.11 Complications au cours de la grossesse ... 44
*3.4.3 CONCERNANT L'ENFANT ... 44*
3.4.3.1 Mensurations à la naissance ... 45
3.4.3.2 Complications à la naissance et gestes techniques spécialisés ... 46
3.4.3.3 Allaitement ... 46
3.4.3.4 Mensurations lors de la consultation ... 46
3.4.3.5 Prise en charge sanitaire ... 49
3.4.3.6 Risque de saturnisme ... 49
3.4.3.7 Vaccinations ... 49
3.4.3.8 Examen somatique ... 49
3.4.3.9 Bilinguisme ... 49
3.4.3.10 Dépistage des troubles du spectre de l'autisme ... 49
3.4.3.11 Bilan psychomoteur ... 50
3.4.3.12 Évaluation du langage ... 50
3.4.3.13 Difficultés de comportement ... 51
3.4.3.14 Évaluation de la relation mère-enfant par le RPCL ... 52
3.4.3.15 Prise en charge proposée ... 52

**4 DISCUSSION ... 55**

4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ... 55
4.2 ANALYSE DES RÉSULTATS ... 56
*4.2.1 RÉGION D'ORIGINE ... 56*
*4.2.2 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, INDICES DE PRÉCARITÉ ... 56*
*4.2.3 LA FRATRIE ... 56*
*4.2.4 SUIVI DE LA GROSSESSE ... 57*
*4.2.5 COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE ... 57*
*4.2.6 TERME ET POIDS DE NAISSANCE ... 58*
*4.2.7 SYNDROME DÉPRESSIF MATERNEL ET ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ... 58*
*4.2.8 L'ALLAITEMENT ... 59*
*4.2.9 LA CROISSANCE STATURO-PONDÉRALE ... 60*
*4.2.10 LE RISQUE DE SATURNISME ... 60*
*4.2.11 LA VACCINATION ... 61*
*4.2.12 DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT ... 61*
4.2.12.1 Développement du langage et de la parole ... 61
4.2.12.2 Développement psychomoteur ... 63
*4.2.13 DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT ET INTERACTIONS MÈRE-ENFANT ... 63*
4.3 FORCES DE L'ÉTUDE ... 64
4.4 LIMITES DE L'ÉTUDE ... 65
*4.4.1 CHOIX DES TESTS DE DÉPISTAGE ... 65*
*4.4.2 BIAIS D'ÉCHANTILLONNAGE ... 66*
*4.4.3 BIAIS D'INFORMATION ... 66*
4.5 DIFFICULTÉS DE SUIVI ET PROPOSITIONS POUR OPTIMISER CELUI-CI ... 67
4.6 TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES ... 68

**5 CONCLUSION ... 69**

**6 BIBLIOGRAPHIE ..... 71**

**7 ANNEXES ..... 81**

7.1 DÉFINITIONS AUTOUR DE L'IMMIGRATION (1) ..... 81
7.2 RECUEIL TYPE POUR LA RCP ..... 82
7.3 CARNET DE CONSULTATION ..... 86
7.4 ECHELLE DE DENVER ..... 91
7.5 DPL3 ..... 93
7.6 M-CHAT ..... 95

**SERMENT D'HIPPOCRATE……96**

# TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Région d'origine……..39
Figure 2 : Parcours migratoire…….40
Figure 3 : Trimestre de grossesse lors de la RCP……..40
Figure 4 : Indicateurs de grande vulnérabilité……41
Figure 5 : Complications au cours de la grossesse……44
Figure 6 : Age lors de la consultation……45
Figure 7 : Mensurations à la naissance……..45
Figure 8 : Répartition des poids des garçons sur la courbe de croissance pondérale……..47
Figure 9 : Répartition des IMC des garçons……....47
Figure 10 : Répartition des poids des filles sur la courbe de croissance pondérale…….48
Figure 11 : Répartition des IMC des filles……...48
Figure 12 : Dépistage des troubles du spectre de l'autisme : M-CHAT…….50
Figure 13 : Evaluation psychomotrice selon l'échelle de Denver II……50
Figure 14 : Evaluation du langage selon l'échelle de Denver II……...51
Figure 15 : Inventaire des difficultés relationnelles (RPCL)…….52

# TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Récapitulatif des données socio-médicales au moment de la RCP et au moment de la consultation……...42
Tableau 2 : Récapitulatif des données de l'échelle de Denver II, du DPL3, des difficultés de comportement, de l'Inventaire des difficultés relationnelles et de la prise en charge proposé..54

**ABREVIATIONS**

AME : Aide Médicale d'Etat
ARS : Agence Régionale de Santé
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAU : Centre d'Accueil d'Urgence
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème version
CMPEA : Centre Médico-Psychologique de l'Enfant et de l'Adolescent
CMU : Couverture Maladie Universelle
CRESS : Chambre Régionale de l'Économie Sociale et Solidaire
DGS : Direction Générale de la Santé
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM V : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5ème version
EDEN : Étude de cohorte généraliste, menée en France sur les Déterminants pré et post natals précoces du développement psychomoteur et de la santé de l'ENfant.
EDM : Épisode Dépressif Majeur
ELFE : Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
ESPS : Enquête Santé et Protection sociale
ESPT : État de Stress Post Traumatique
HAS : Haute Autorité de Santé
HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
IMC : Indice de Masse Corporelle
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOTF : International Obesity Task Force
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
LHSS : Lit Halte Soins Santé
M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers
MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion
MINI : Mini International Neuropsychiatric Interview
OFPRA : Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PADA : Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile
RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCO : Plateforme de Coordination et d'Orientation
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PPS : Projet Personnalisé de Soins
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RPCL : Relationship Problem CheckList
RPNA : Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine
RPP : Réseau de Psychiatrie Périnatale
RSA : Revenu de Solidarité Active
TSA : Troubles du Spectre de l'Autisme
TND : Trouble du Neuro-Développement

# 1 INTRODUCTION

En raison des événements qui l'ont provoquée dans le pays d'origine (violences, ruptures multiples) et des conditions de vie dans le pays d'accueil (complexité du parcours d'insertion, précarisation du statut administratif), l'expérience de l'exil affecte profondément la santé. L'état de santé des exilé(e)s est ainsi associé à de multiples facteurs de vulnérabilité - sur les plans psychologique, social, juridique et médical - dont le cumul fait la spécificité, et dont les effets conduisent à identifier des situations et des populations prioritaires pour les actions de santé publique (1).

L'article L.2122-1 du code de la santé publique dispose que « Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement (…) » (2).
L'accès aux soins peut cependant rester difficile pour certaines femmes vulnérables du fait de conditions défavorables pouvant relever de difficultés d'ordre social et/ou économique.
Le suivi de la grossesse devient alors une épreuve parfois difficilement surmontable, entraînant une perte de chance pour la femme et l'enfant à venir.
Afin de réduire les morbidités et la mortalité pour la dyade mère-enfant, il convient de s'assurer de l'égal accès aux soins pour toutes les femmes enceintes.

Les vulnérabilités maternelles, qu'elles soient socio-économiques ou psychiques, ont un impact sur l'enfant à naitre et influencent son développement psychomoteur (3) (4).
En effet, la petite enfance est une phase-clé du développement du cerveau et de l'apprentissage de l'enfant, qui façonne le développement cognitif, social et émotionnel, ainsi que la croissance (5).
De multiples facteurs interviennent dans l'évolution des enfants : les évènements de vie, la personnalité de l'enfant et autres facteurs internes, le rang dans la fratrie, les dynamiques familiales, la psychopathologie des parents…

Dans la région Aquitaine, le Réseau Périnat Aquitaine (RPA) (depuis 2017 Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine RPNA) a créé en novembre 2014, une réunion de concertation pluridisciplinaire « Périnatalité-Grande Vulnérabilité ».
Ces temps de rencontre mensuels permettent aux professionnels médicaux, paramédicaux et aux acteurs sociaux d'élaborer un parcours de soin personnalisé pour chaque femme enceinte en situation de grande vulnérabilité.

C'est en 2016 qu'est née la volonté d'évaluer l'intérêt de ces RCP et leur retentissement sur le parcours de soin et administratif de ces femmes. Pour ce faire, 3 axes de travail sont élaborés pour 3 étudiants :
- une thèse d'exercice de médecine générale : « Quel est le devenir des femmes enceintes en situation de précarité après étude de leur situation en réunion pluridisciplinaire ? » réalisée par M. Thomas Dupré et dirigée par le Dr Christophe Adam
- une thèse d'exercice de pédiatrie : « Etat de santé et développement cognitif d'enfants dans un contexte de grande vulnérabilité maternelle», réalisée par Mme Adriane Auger-Gilli et dirigée par le Dr Muriel Rebola
- un mémoire de fin d'étude en anthropologie « Santé, Migration, Médiation » : « Recueil du ressenti de la mère au travers d'un entretien semi-directif » réalisée par Mme Caroline Le Guen Diawara et dirigée par Mme Laurence Kotobi.

À travers une étude observationnelle transversale descriptive, nous avons cherché à montrer quel était l'état de santé de ces enfants grandissant en situation de grande précarité auprès de mères vulnérables. Sont-ils plus à risque de présenter un retard psychomoteur ou des troubles

du comportement ? Leur prise en charge médicale et paramédicale est-elle semblable au reste de la population française ?

Dans une première partie, nous aborderons la notion de vulnérabilité, nous expliquerons le fonctionnement de la RCP et développerons également plusieurs points de l'état de santé et du développement cognitif de l'enfant.
Dans une deuxième partie, nous présenterons la méthode de notre étude et ses résultats.
Enfin, nous discuterons des résultats et proposerons des pistes de réflexion pour améliorer le suivi de ces populations vulnérables.

# 2 PREMIÈRE PARTIE : PRÉSENTATION

## 2.1 CHIFFRES DE L'IMMIGRATION

Toutes les définitions associées à l'immigration sont développées en annexe 1.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) et d'après le recensement de la population en 2015 (6), 4,4 millions d'étrangers et 6,2 millions d'immigrés vivent en France, soit respectivement 6,7 % et 9,3 % de la population totale française.
En 2015, environ 1/3 des immigrés sont originaires de l'Union Européenne et 44 % des immigrés sont nés dans un pays du continent africain. Les autres origines représentent 25 % de la population immigrée et étrangère.
Jusqu'au milieu des années 1970, les flux d'immigration étaient majoritairement masculins. Depuis, la part des femmes est croissante, qu'il s'agisse de regroupement familial ou non.
En 2015, 51 % des immigrés étaient des femmes, contre 44 % en 1968.

Parmi les populations migrantes, certains groupes démographiques constituent des publics prioritaires pour les politiques publiques de santé et d'insertion de par les critères de vulnérabilité qu'ils présentent :
- les demandeurs d'asile et les réfugiés : fin 2016, plus de 220 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides (OFPRA) (dont 86 % réfugiés), qui enregistrait également 85 276 nouvelles demandes d'asile. Les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (23 %), d'Afrique de l'Ouest (14 %), d'Afrique de l'Est (10 %), du Moyen-Orient (10 %), d'Afrique centrale (9%), et d'Asie du Sud (10 %).
- les femmes : en 2012, l'INSEE recense plus d'1,8 million de femmes étrangères en France, dont 37 % possédant la nationalité d'un pays de l'Union Européenne. Parmi les 1 170 000 femmes ressortissantes d'un pays tiers, les principales régions d'origine sont l'Afrique du Nord, l'Europe de l'Est, l'Afrique de l'Ouest, l'Asie de l'Est, et l'Afrique centrale.
Les femmes représentent 37 % des demandeurs d'asile, 38 % des migrants âgés de plus de 60 ans, et 49 % des mineurs étrangers en France.

Dans ce contexte, la grossesse et la périnatalité constituent des périodes particulièrement à risque pour la femme et l'enfant.
Parmi les 449 femmes prises en charge par le Centre de Santé du COMEDE entre 2012 et 2017, la grossesse était consécutive à un viol dans 14 % des cas ; 55 % des femmes ne recevaient aucun soutien du père de l'enfant, alors que le suivi de la grossesse était incomplet dans près de la moitié des cas (1).

## 2.2 NOTIONS DE VULNÉRABILITÉ, DE RÉSILIENCE

Du latin *vulnus, vulneris* (la blessure) et *vulnerare* (blesser), le vulnérable est, selon le dictionnaire *Larousse*, celui « qui peut être blessé, frappé », « qui peut être facilement atteint, qui se défend mal ».

Définition OMS de la vulnérabilité : « Les personnes vulnérables sont celles qui sont relativement (ou totalement) incapables de protéger leurs propres intérêts. Plus précisément, leur pouvoir, leur intelligence, leur degré d'instruction, leurs ressources, leur force ou autres attributs nécessaires pour protéger leurs intérêts propres, peuvent être insuffisants. Les catégories de personnes traditionnellement considérées comme vulnérables sont celles dont la capacité ou liberté de donner ou refuser leur consentement est limitée. Elles (...) comprennent

les enfants et les personnes qui, du fait de troubles mentaux ou comportementaux, sont incapables de donner un consentement éclairé. (…) »

Le corollaire de la vulnérabilité est la résilience, concept largement développé en France par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik qui le décrit comme : « La capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque d'une issue négative ».
La résilience permet à l'individu de faire appel à des réponses adaptatives qui relèvent de deux sources : d'une part, internes et constitutionnelles, relevant de sa capacité propre de résilience et d'autres part, externes, dépendant des ressources de l'environnement relationnel et du réseau social. Mais l'émergence de ce phénomène reste fragile chez un sujet, la résilience pouvant être facilitée ou entravée suivant le contexte et les interactions qui se nouent (7).

Les enfants, en particulier de migrants sont un modèle de vulnérabilité mais également de résilience, nous le verrons à travers notre travail.

### 2.2.1 VULNÉRABILITÉ SOCIALE

C'est à partir des années 1980 que les notions de vulnérabilité, d'insécurité et de fragilité émergent dans le champ des sciences humaines et sociales. Dans les deux champs, la vulnérabilité traduit un état (économique, de santé) instable et incertain se greffant à une fragilité physique et/ou sociale.
Empiriquement, elle peut être associée à certains âges de la vie (enfance, personnes âgées...), à des problèmes physiopathologiques ou socio-psychologiques (obésité, troubles des comportements alimentaires, addictions, souffrance psychique, etc.), à des facteurs proprement sociaux, voire à des événements potentiellement traumatiques (maltraitance, migration…).

Vulnérabilités sociales et sanitaires sont intimement liées (8) : de façon évidente pour certaines catégories de populations (personnes âgées, personnes sous tutelle...) ; par un processus de causalité pour d'autres, la fragilité sanitaire induisant souvent une précarisation sociale (par exemple pour les handicapés physiques et mentaux), et inversement les conditions de travail, de logement, de nutrition ou d'accès aux soins dégradées contribuant à fragiliser la santé physique et mentale.
Si ce lien peut sembler relever de l'évidence pour de nombreuses associations - comme Médecins du monde ou le Samu social -, cela peut être difficile à appréhender en pratique clinique hospitalière ou en cabinet.

Pour le médecin généraliste en cabinet ou pour la sage-femme de PMI, il est essentiel de pouvoir évoquer et prendre en compte cette vulnérabilité sociale lorsqu'il rencontre une femme enceinte.
Voici cinq axes sur lesquels l'on peut s'appuyer pour évaluer le risque de retentissement de la vulnérabilité sociale sur l'état de santé (9) :
- santé et habitat : prendre en compte l'influence négative du logement ou du non-logement (vie à la rue) sur la santé
- santé et dépendance à des substances psychoactives : lien entre vulnérabilité sociale, pathologies somatiques et alcoolo- ou toxico-dépendance
- santé et difficultés de communication liée à la langue ou à un handicap (ex. : malade malentendant)
- santé et violences : violences domestiques, traite des êtres humains, violences en raison du genre, accidents du travail liés à un emploi précaire
- santé et absence de droits au séjour ou à l'assurance maladie.

### 2.2.2 VULNÉRABILITÉ, PARENTALITÉ ET MIGRATION

Rappelons dans un premier temps que « Devenir parent n'est pas inné. […] C'est en lien direct avec l'enfant qu'il a été que chacun apprend à devenir père ou mère » (Mansouri, 2012)

Lorsque se croisent migration et parentalité, de nombreux défis et enjeux voient le jour. Les structures familiales, la teneur du lien parents-enfants, les normes éducationnelles, les pratiques de soins ne sont pas semblables dans toutes les sociétés. L'exercice et l'expérience de la parentalité peuvent donc s'avérer déstabilisants, fragilisants et avoir une incidence sur le bien-être et la qualité de vie de la famille.
Les parents immigrants amènent de leur contexte culturel d'origine un modèle d'éducation et de parentalité. Quand ils migrent dans une nouvelle culture, les interlocuteurs du pays d'accueil peuvent avoir d'autres conceptions de ce qu'est un bon parent et d'autres stratégies d'éducation des enfants. Dans de telles circonstances, la plupart des parents immigrés peuvent être amenés à adopter de façon simultanée des « croyances » et des pratiques de la nouvelle culture tout en conservant celles de leur culture d'origine (10)(11). Ils doivent alors décider quelles pratiques conserver de leur culture traditionnelle et quelles conventions « nouvelles » ils souhaitent adopter. Ils doivent parfois faire face à l'incompréhension et au jugement des « natifs » du pays d'accueil.

À cette nécessité d'acculturation s'ajoute souvent un isolement familial et social : de nombreuses mères originaires de sociétés dites traditionnelles ne peuvent notamment plus s'appuyer sur les femmes de leur entourage pour prendre soin d'elles, les guider, leur montrer les soins à prodiguer à l'enfant et comment répondre aux demandes de l'enfant.
Les travaux de Moro nous enseignent que la grossesse et l'accouchement peuvent constituer « des moments d'effraction de l'enveloppe psychique de la mère migrante ». En situation transculturelle celle-ci ne trouvant plus les étayages externes nécessaires pour apaiser le désordre interne inhérent à la maternité, l'exil potentialise les mécanismes de confusion et expose les femmes migrantes à la pathologie du post-partum (Moro, 1994).

Dans notre étude, un certain nombre de mamans ont quitté leur pays dans un contexte de guerre, de violence, de décès de leurs proches. La plupart ont quitté leur pays d'origine par nécessité et, par conséquent, ont vécu leur expérience migratoire comme une rupture. Il n'est pas rare qu'elles aient vécu une séparation familiale. Plusieurs ont également émigré alors qu'elles avaient déjà un ou plusieurs enfants, ce qui illustre davantage l'ampleur de cette rupture.
Ces femmes doivent donc faire face à de multiples évènements fragilisant et les rendant vulnérables : la rupture d'avec leur famille et leur culture, le contexte et parcours migratoire, et enfin la maternité.

### 2.2.3 L'ENFANT VULNÉRABLE

#### *2.2.3.1 Approche de santé publique*

En France, la définition d'un nouveau-né vulnérable retenue est celle proposée par l'INSERM en 2004 : (12)
- Haut risque : grands prématurés < 33 SA ; pronostic vital engagé en période néonatale ; encéphalopathies ou accidents neurologiques en période néonatale ; ictères sévères ; lésions cérébrales dépistées en période néonatale ; malformations cranio-faciales ; cardiopathies congénitales
- Risque modéré : à suivre s'il existe une pathologie ou un milieu social défavorisé ; prématurité tardive ; macrosomie ou retard de croissance intra-utérin ; gémellarité ; affections maternelles, addictions périnatales…

Mais cette définition prend insuffisamment en compte le contexte psycho-social ou familial, les handicaps sensoriels, et diminue la prise en charge de cas qui ne sont pas considérés comme vulnérables.

Le Pôle Périnatal de Prévention en Santé Mental de la région Occitanie (anciennement Languedoc-Roussillon) a choisi d'inclure cette dimension psycho-sociale et les vulnérabilités maternelles pour cibler ces enfants à risque :
- vulnérabilité sociale : précarité et bas niveau économique et social ; famille monoparentale avec revenu minimal ; jeune âge de la mère ; addictions maternelles.
- vulnérabilité psychique : vulnérabilité passagère réactionnelle à un événement de vie (décès d'un proche, changement de région, séparation conjugale, dysfonctionnement familial…) ; psychopathologie parentale (parent présentant des troubles psychotiques graves chroniques, parent présentant une grande instabilité affective) ; antécédent de dépression du post-partum ; angoisses et dépression anténatales ; résurgence d'un passé infantile personnel ou d'une situation familiale douloureuse...

À ce jour, les acteurs de santé publique (ministère, HAS…) encouragent les Réseaux Périnataux à proposer un suivi particulier des enfants dans un contexte de vulnérabilité familiale et notamment en cas de violences conjugales. Cependant, il n'existe pas de texte « officiel » exprimant la nécessité de les suivre, contrairement aux nouveau-nés considérés comme vulnérables à la suite d'un évènement périnatal (ex : prématurité, asphyxie périnatale…).

#### *2.2.3.2 Approche psychologique*

Le concept de vulnérabilité psychologique de l'enfant est défini par Anna Freud en 1978 comme un concept dynamique affectant un processus de développement :
«On ne peut expliquer la vulnérabilité par les caractéristiques individuelles de l'enfant, mais il faut la comprendre en termes plus généraux et impersonnels. Je considère maintenant que le progrès de l'enfant le long des lignes de développement vers la maturité dépend de l'interaction de nombre d'influences extérieures favorables, avec des dons innés favorables et une évolution favorable des structures internes ".
Ainsi pour l'enfant vulnérable, une variation minime d'un facteur interne ou externe peut entraîner un dysfonctionnement psychique important, tel qu'un arrêt, une inhibition ou un développement a minima de son potentiel (Moro, 1998).

#### *2.2.3.3 Migration et vulnérabilité psychologique de l'enfant*

Dans ses travaux menés en 1988 et 2007 Marie Rose Moro relève que les enfants de migrants obtiennent des scores aux tests psychométriques inférieurs aux groupes témoins à l'âge de 8 ans et présentent plus de troubles psychopathologiques, plus de difficultés intellectuelles et cognitives et enfin, plus de difficultés scolaires que les autochtones (13).

En 2014, Belhadj Kouider et al. entreprenaient une méta-analyse à propos de la prévalence des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants et les adolescents issus de l'immigration par rapport aux enfants autochtones dans les pays européens : la prévalence des troubles internalisés était globalement supérieure chez les enfants de migrants (identique dans les deux groupes dans 5 études, inférieure chez les enfants de migrants dans 4 études et supérieure dans le groupe enfants de migrants dans 16 études). Les résultats concernant les troubles externalisés étaient plus hétérogènes et il ne se dégageait pas de tendance franche (14). Des conclusions similaires étaient tirées d'une méta-analyse menée en Amérique du Nord : le statut d'enfant de migrant a tendance à fonctionner comme un facteur de risque pour la santé mentale des enfants et des adolescents, surtout pour les troubles internalisés (15).

#### *2.2.3.4 Retentissement des vulnérabilités psychologiques maternelles sur le développement psychologique de l'enfant*

C'est en 1958 que Bowlby a développé la théorie de l'attachement qui se réfère au lien émotionnel spécifique que le bébé développe avec son caregiver pendant la première année de sa vie (16). La figure d'attachement fonctionne, en principe, comme un havre de sécurité, une source de réconfort et de protection dans un contexte d'activation physiologique ou de menace environnementale, et comme base de sécurité pour l'exploration.
Du côté de la mère, c'est – en parallèle du « bonding » - le système motivationnel du « caregiving » qui déclenche la dimension des soins parentaux pour répondre aux besoins d'attachement. Il pousse le parent à répondre en donnant la proximité, la protection et le réconfort à son bébé qui est en détresse ou en proie à l'alarme (17).
Durant l'enfance, la proximité physique et la disponibilité émotionnelle du caregiver sont des facteurs critiques de la qualité du caregiving ; à mesure que les adultes interagissent et s'occupent du bébé, l'enfant organise son comportement autour de ce caregiver (18) (19).
Selon les réponses et les comportements du caregiver aux demandes de l'enfant, celui-ci va développer différents patterns d'attachement : attachement sécure ; attachement insécure évitant ; attachement insécure résistant (20).

Guedeney rappelle que le déclenchement des comportements et attitudes au sens large du caregiving est sous la dépendance de multiples facteurs (21). Ceux liés à l'état psychologique maternel ont été particulièrement étudiés : la dépression et l'anxiété post natale, un état de stress post natal, et les psychoses du post-partum peuvent plus ou moins altérer gravement l'expression du caregiving chez la mère (22). La multiplicité des stress environnementaux auxquels la mère peut être soumise (événements de vie négatifs type chômage, maladie, statut socio-économique précaire), les stress interpersonnels (conflits conjugaux, l'absence d'alliance parentale avec le père, autres personnes à protéger (enfants jeunes fratrie en souffrance…), peuvent miner les ressources de la mère pour exprimer son caregiving (23).

Mme Sutter a mené plusieurs travaux concernant les pathologies psychiatriques maternelles et leur retentissement sur leur enfant. Elle écrit notamment que « les processus d'attachement entre une mère qui présente un trouble psychique et son enfant étant presque systématiquement entravés, le développement psychoaffectif de ces enfants est en péril, et il est donc nécessaire de pouvoir repérer les difficultés maternelles au plus tôt, si possible durant la grossesse, pour permettre la mise en place d'un réseau de soins et de soutien autour de la mère (des parents) et de l'enfant » (24).

Plusieurs études ont été réalisées au sein de la cohorte EDEN concernant l'impact des fragilités psychologiques maternelles sur le comportement de son enfant :
- les enfants dont la maman souffrait de dépression au cours de la grossesse et qui venaient d'une famille à faible revenu avaient un score d'émotivité (questionnaire EAS) plus élevé à 12 mois (4)
- les enfants dont les mamans souffraient d'un syndrome dépressif dans la petite enfance (avant 3 ans) ou persistant à 5 ans étaient plus à risque de troubles du comportement et des émotions (Strenghts and Difficulties Questionnaire) (25).

Toujours à travers la cohorte EDEN, un faible statut socio-économique parental était identifié comme facteur de risque de déficit attentionnel et hyperactivité à 3 ans, en particulier lorsqu'il était associé à des antécédents maternels de dépression et d'anxiété au cours de la grossesse et en cas de troubles des interactions mère-enfant dans la petite enfance (26).

Bosquet Enlow et al. ont quant à eux étudié le retentissement d'un État de Stress Post-Traumatique (ESPT) maternel sur les réactions et la régulation émotionnelle des enfants à 6 et 13 mois : des symptômes maternels d'un ESPT étaient significativement associés à des symptômes de troubles externalisés, internalisés et de régulation émotionnelle chez l'enfant à 13 mois (27).
Dans une autre étude, Bosquet Enlow mettait en évidence que les dyades mère-enfant exposées à un ESPT maternel étaient significativement plus à risque de développer des troubles des interactions (relation de type insécure) à 13 mois (28) .

Il apparait donc clairement, au travers des études précitées que les vulnérabilités psychologiques maternelles ont un impact négatif sur l'état psychique de leur enfant : risque accru de troubles de la relation mère-enfant ; troubles du comportement et des émotions.

#### *2.2.3.5 A propos de l'absence du père*

Plusieurs chercheurs ont associé l'absence du père (29) ainsi qu'une faible qualité relationnelle père-enfant à l'incidence plus élevée de troubles de comportement (incluant les agressions) chez les garçons. Les effets du père sur la vie ultérieure des enfants peuvent toucher les aspects éducatif, social et familial et son implication réduit les comportements sociaux négatifs chez les garçons (telle que la délinquance) et les problèmes psychologiques chez les filles au début de l'âge adulte (30) (31) (32) (33).
A contrario, l'absence du père est associée à une variété d'issues négatives chez les enfants, notamment le risque accru de décrochage scolaire, l'atteinte d'un niveau de scolarité inférieur, une santé physique et mentale plus fragile et des problèmes de comportement. Une incidence accrue des troubles du comportement s'explique en partie par un manque de supervision parentale (34), mais pourrait aussi s'expliquer par des apprentissages qui n'ont pu être réalisés. Par les jeux physiques tels les jeux de lutte, les pères enseigneraient aux enfants à moduler et à contenir leurs comportements agressifs.

### 2.2.4 SUIVI DU NOUVEAU-NÉ VULNÉRABLE

Le groupe parlementaire « Prématurité et nouveau-nés vulnérables » a présenté le 15 février 2017, ses recommandations en matière de prévention, de prise en charge de la prématurité et de la vulnérabilité des nouveau-nés (35)
Voici quelques-unes de ces recommandations :
En matière de prévention :
- renforcer la prévention par rapport aux facteurs de risque maternels (tabac, alcool, conditions socio-économiques, stress, mais aussi obésité, diabète, âge)
- Encourager et faciliter fortement l'allaitement
En matière de suivi :
- repérer les troubles des apprentissages le plus tôt possible, via les PMI et les pédiatres, notamment en milieu scolaire
- s'assurer que sur tout le territoire, les enfants sont bien suivis jusqu'à 7 ans avec obligation d'un diagnostic à cet âge

Mais à ce jour, le suivi au long cours du nouveau-né vulnérable en consultation spécialisée s'entend essentiellement en cas de prématurité ou d'évènement négatif périnatal pouvant entraîner des séquelles et un handicap.

## 2.3 PRÉSENTATION DES RÉSEAUX DE PÉRINATALITÉ

### 2.3.1 INTRODUCTION

La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.
L'enjeu : faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la mère après la naissance (définition du Ministère des solidarités et de la santé) (36).

C'est en 1998 qu'apparait pour la première fois dans les textes de lois (décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés) (37), la nécessité que les maternités d'une même région s'organisent en réseau.

Le plan Périnatalité de 2005-2007 évoque un soutien renforcé aux femmes et aux couples en situation de précarité et souhaite adapter l'offre de soins aux besoins des femmes et des couples les plus démunis (36).

Ce souhait de réduire les inégalités sociales et d'accompagner au mieux les femmes vulnérables est réaffirmé dans la circulaire N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 redéfinissant les objectifs des RSP.
Il est notamment demandé de s'appuyer sur le Guide « Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité » de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. « Il s'agit d'améliorer le parcours de ces femmes qui nécessite l'intervention coordonnée d'acteurs médico-sociaux, les ruptures de soins constituant un risque majeur pour la santé des patientes et de leur(s) enfant(s) » (38).

### 2.3.2 LE RÉSEAU PÉRINAT NOUVELLE-AQUITAINE

Le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA) est une association de loi 1901, existant depuis 2017 suite à la fusion des anciens réseaux du territoire et qui rassemble l'ensemble des acteurs de la périnatalité, au service des futurs parents et de leurs enfants.
Les objectifs du réseau sont multiples : la prévention et la promotion de la santé, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques.

Il rassemble tous les acteurs de la périnatalité et a pour but d'organiser la coordination, la concertation et la communication nécessaires entre les professionnels en périnatalité des différents champs médicaux, sociaux, médico-sociaux et psychologiques afin d'assurer le bien-être des femmes pendant leur grossesse, leur sécurité et celle de leur bébé, mais aussi de les accompagner et de les informer tout au long de la grossesse et lors de la naissance de leur enfant.
Le Réseau a également pour mission de réaliser le suivi (ou le coordonner) des enfants repérés comme vulnérables jusqu'à 7 ans.

### 2.3.3 LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP) « PÉRINATALITÉ-GRANDE VULNÉRABILITÉ »

#### *2.3.3.1 Informations générales*

Après une réflexion initiée par le groupe « Femmes à la rue » (2011/2012) sur Bordeaux Métropole, devant le constat de la présence d'un nombre grandissant de femmes enceintes en situation d'extrême vulnérabilité (précarité sociale, administrative, absence de logement, carence de soins), les RCP «Périnatalité-Grande Vulnérabilité» ont débuté en novembre 2014, coordonnées alors par la sage-femme de coordination du territoire de la Gironde de l'ancien Réseau Périnat Aquitaine.

La RCP est un temps de rencontre et de coordination pluridisciplinaire et interprofessionnel dont l'objectif premier est d'élaborer un parcours personnalisé de soins, centré et adapté aux besoins de la femme et/ou du couple.

La RCP présente également un intérêt majeur pour les professionnels :
- Connaissance mutuelle des acteurs entre eux
- Tissage de liens de confiance autour de la patiente et du couple
- Construction d'un parcours personnalisé et coordonné pour le suivi de la grossesse, en anticipation de l'accouchement et de la naissance, ainsi que du postpartum et de l'accompagnement de la famille
- Aide à la décision, concernant des orientations ou des modalités de prises en charge ou d'accompagnement
- Possibilité « d'inventer », de créer de nouvelles modalités d'accompagnement
- Prévention des complications et/ou de leur gravité potentielle, qu'elles soient d'ordre médical, social ou psychique,
- Dans un objectif global de continuité et de cohérence

Les RCP « Périnatalité-Grande vulnérabilité » sont composées de nombreux intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux.
- Gynécologues obstétriciens, cadres sages-femmes, pédiatres du CHU,
- Professionnel PMI (médecin et/ou sage-femme et/ou puéricultrice)
- Réseau de Psychiatrie Périnatale
- L'association MANA
- Action Sociale CHU
- Assistante sociale d'éducation (Inspectrice)
- Action Sociale du Département
- Professionnels de l'hébergement d'urgence : CAIO, CAU et LHSS Leydet, Centres Maternels du CCAS de Bordeaux
- Autres professionnels intervenant dans la situation le cas échéant

Un certain nombre de ces professionnels sont invités à titre d'experts à chaque réunion.
Les autres acteurs présents sont invités ponctuellement pour discuter de la patiente qui les concerne.

#### *2.3.3.2 Organisation d'une RCP*

Tout acteur du suivi d'une grossesse peut être à l'origine d'une RCP, quels que soient sa profession et son mode d'exercice, qu'il exerce dans le domaine médical, social, médico-social ou psychologique, à la condition qu'il en ait reçu l'accord par la patiente concernée, à

l'exception des situations d'urgence médicale, psychique ou sociale ne permettant pas son recueil.

La demande de présentation d'un dossier en RCP est à effectuer auprès de la sage-femme de PMI, Mme Laurence Toullec.

Les grandes étapes d'organisation d'une RCP en Périnatalité :
- la connaissance par la patiente et/ou le couple de cette organisation de travail en réseau
- la proposition de sa mise en œuvre en en précisant clairement les objectifs
- le recueil préalable du consentement de la patiente
- le choix des participants en partenariat avec la patiente et /ou le couple, en tenant compte des professionnels déjà en place autour d'eux (médecin traitant par exemple, sage-femme libérale, médecin spécialiste, travailleurs sociaux, associations etc....), avec l'aide de la fiche de demande de passage en RCP
- la sollicitation de l'ensemble des participants retenus pour l'organisation de la première rencontre
- la préparation préalable par chacun des participants de leur intervention

#### *2.3.3.3 Déroulement d'une RCP*

La RCP se déroule sur une demi-journée, une fois par mois. Le nombre maximum de situations présentées par RCP est fixé à 4. Son animation est assurée par la sage-femme de PMI qui s'est engagée à cette coordination.

Les grands principes de déroulement de la RCP sont la confidentialité, le respect du code de déontologie et l'écoute bienveillante entre professionnels durant toute la durée de la réunion.

Le déroulement se fait en plusieurs étapes bien définies et distinctes :
- premier temps pendant lequel l'animateur de la réunion rappelle la méthodologie de réunion (objectifs et durée prévue pour cette rencontre). Il est chargé de cadrer les temps et la circulation de la parole si besoin, ainsi que de faire la synthèse de la situation et des différents points de vue.

- deuxième temps pendant lequel se déroule la présentation de chacun des participants, une feuille de présence est remplie comportant les identités et coordonnées (téléphonie mobile et messagerie électronique éventuelles).

- troisième temps correspondant à l'exposé, par le professionnel à l'origine de la demande d'organisation de la RCP, de la situation dont il est question, de son point de vue.

- quatrième temps correspondant à l'exposé du point de vue sur la situation par les autres acteurs présents, en respectant le tour de table et le tour de rôle.

- cinquième temps correspondant à la synthèse de la situation, effectuée par l'animateur, permettant l'énoncé des problématiques posées, en vue de la coordination à venir du parcours de la patiente. Cette synthèse sera faite par la sage-femme de coordination et sera rédigée en séance dans le compte-rendu de réunion.

- sixième temps correspondant à la construction du parcours personnalisé et coordonné : Qui intervient ? Quand ? Comment fait-on le lien ? Avec quels outils ? Qui fait la restitution des propositions à la patiente ?

- septième temps correspondant à la clôture de la réunion par l'animateur, avec l'énoncé des prochains temps de coordination prévus et des modalités de retour du contenu de la réunion à toutes les personnes conviées, et des courriers d'information éventuels complémentaires, notamment au médecin traitant si besoin.

Le compte-rendu comportant un Projet Personnalisé de Soins éventuel est envoyé après chaque rencontre à tous les invités (qu'ils soient venus ou non).

Après une première RCP autour d'une situation, d'autres réunions peuvent être organisées, autant que nécessaire.

Il est important de préciser que la RCP est une force de proposition mais n'est en aucun cas décisionnaire et ne permet pas de statuer de façon définitive sur l'attribution d'un logement ou de faciliter les demandes d'asile.

## 2.4 CONSIDÉRATIONS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT

Dans notre travail, nous nous sommes intéressées non seulement au développement cognitif de l'enfant mais également à son état de santé. Nous avons étudié plusieurs « marqueurs » de l'état de santé tels que la croissance staturo-pondérale ou encore le risque de saturnisme.
Nous exposons donc ci-dessous les définitions et enjeux de la croissance staturo-pondérale et du saturnisme et nous expliquons ce que sont les troubles du neuro-développement comprenant le retard psychomoteur et le retard de langage.
Un point est également fait sur le bilinguisme et sur son retentissement sur les apprentissages.

### 2.4.1 LA CROISSANCE STATURO-PONDÉRALE

La croissance staturo-pondérale est un indicateur de l'état nutritionnel.
La croissance est dite « normale » relativement à certains indicateurs biométriques retenus comme paramètres de référence : taille, poids, périmètre crânien résultant de mesures physiques, à partir desquels sont calculés la vitesse de croissance (cm/an) ou l'indice de corpulence.
Le standard de référence que nous avons utilisé dans notre travail pour la taille, le poids est celui déterminé par l'Inserm (unité 1153/CRESS) et en vigueur depuis avril 2018.
La taille d'un enfant est "normale" si elle évolue de manière parallèle aux courbes de références dans un même couloir entre - 2 et +2 déviations standards (DS ou écart type) ou entre le 3ème et le 97ème percentile.
94 % de la population se situe entre ces deux extrêmes. Au-delà ou en deçà de ces courbes de références, une mesure peut être encore normale mais la probabilité statistique de présence d'une pathologie est plus importante.

La croissance staturo-pondérale peut être perturbée en cas de pathologie chronique digestive ou endocrinienne notamment. Elle est également déterminée par un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux (alimentation, milieu pathogène, environnements socioculturel et psychoaffectif) (39).

Le niveau socio-économique constitue également un facteur important. Les études tendent à montrer que les enfants de milieux socio-économiques défavorisés sont, à âge chronologique égal et dans des populations similaires, plus petits et ont une puberté plus tardive.

### 2.4.2 LE SATURNISME

Le saturnisme représente sans aucun doute le modèle de référence de maladie liée au mal-logement. Cette intoxication par le plomb contenu dans des peintures détériorées au sein d'habitats le plus souvent surpeuplés, constitue un risque pour le développement neurocognitif des enfants exposés directement ou in-utéro.
L'intoxication au monoxyde de carbone constitue aussi un modèle pathologique du mal-logement.

Le plomb n'a aucun rôle physiologique connu chez l'homme, sa présence dans l'organisme témoigne donc toujours d'une contamination. Le plomb incorporé par voie digestive, respiratoire ou sanguine (mère-foetus) se distribue dans le sang, les tissus mous et surtout le squelette (94 %), dans lequel il s'accumule progressivement et reste stocké très longtemps (demi-vie >10 ans) (40).
Les effets nocifs du plomb sur la santé sont corrélés à l'importance de l'imprégnation dans l'organisme.
Chez le jeune enfant, l'effet le plus préoccupant d'une intoxication au plomb est la diminution des performances cognitives et sensorimotrices. Dès les faibles concentrations, le plomb altère également le développement staturo-pondéral et sexuel du jeune enfant, son comportement et l'acuité auditive.
L'intoxication au plomb est le plus souvent silencieuse. Des signes cliniques peu spécifiques peuvent se manifester : troubles digestifs vagues (anorexie, douleurs abdominales récurrentes, constipation, vomissements), troubles du comportement (apathie ou irritabilité, hyperactivité), troubles de l'attention et du sommeil, pâleur en rapport avec une anémie (41).

On a commencé à se préoccuper du saturnisme infantile en France à partir de 1984, à la suite de 2 décès dans la région parisienne. À partir de l'année 1987, un dépistage ciblé de l'intoxication au plomb a commencé à être réalisé par les services de PMI de Paris.
Dans un article de 1989, Bretin précise les caractéristiques des enfants touchés (42) :
- ce sont des enfants jeunes : les enfants les plus touchés sont âgés de 18 à 36 mois ; les enfants non scolarisés sont plus exposés ;
- ce sont des enfants migrants : le fait d'être migrant étant corrélé à l'habitat vétuste ; tous les migrants ne sont cependant pas exposés de la même façon, les enfants africains noirs étant beaucoup plus touchés et en particulier les Maliens. Des explications sont avancées : tolérance culturelle à la géophagie, manque de jouets pour les enfants, sorties des enfants peu fréquentes, manque de stimulations et ennui ;
- l'habitat est vétuste et parfois délabré : avec une gamme assez large de dégradation des immeubles allant de l'immeuble insalubre voué à la démolition à des appartements en assez bon état où existent des zones de dégradation des peintures ; le rôle des parties communes, où les enfants jouent sans surveillance, est souligné

En 2006, un guide de la Direction Générale de la Santé (DGS) est publié sur le dépistage et la prise en charge de l'intoxication au plomb.
Ce guide répond notamment à la question : «Quand et comment évaluer l'exposition au plomb de l'enfant ?». Il est donc recommandé de faire ce dépistage lors des visites médicales chez l'enfant de moins de 6 ans à l'aide du questionnaire rempli avec les parents de l'enfant, et de mentionner le résultat dans le carnet de santé.

En novembre 2017, une nouvelle mise à jour du guide du dépistage et de la prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte est publiée par le HCSP.
Un questionnaire est donc mis à disposition des médecins pour identifier les facteurs environnementaux de risque d'exposition au plomb chez l'enfant de moins de 6 ans.

Si au moins une réponse est positive, le médecin prescrira une plombémie à l'enfant et remplira le formulaire Cerfa n°12378*03.

On retient 2 seuils à partir desquels il faut agir vite :
- >25µg/l = niveau de vigilance. Cela nécessite la mise en œuvre d'une surveillance biologique rapprochée (une mesure au moins trimestrielle chez un enfant de moins de 7 ans), ainsi qu'une information de l'intéressé et/ou de son entourage sur les dangers du plomb et les principales sources d'exposition à ce métal et des conseils hygiéno-diététiques visant à diminuer l'exposition
- >50µg/l = niveau d'intervention rapide impliquant une déclaration obligatoire du cas déclenchant une enquête environnementale ainsi que l'ensemble des mesures collectives et individuelles

Quelles sont les principales sources d'exposition au plomb ?
- La plus notable est la peinture des habitations anciennes (antérieures à 1949)
- Certaines activités industrielles émettent ou ont émis du plomb dans l'environnement. Les enfants vivant à proximité de ces activités ou sur des terrains pollués par ces activités peuvent avoir des plombémies anormalement élevées
- Les enfants de personnes travaillant au contact du plomb peuvent être intoxiqués par les poussières ramenées au domicile
- Le plomb des canalisations
- Loisirs à risque : on peut citer par exemple la fabrication de céramiques ou d'objets émaillés, la fabrication ou la mise à la portée des enfants de plombs de pêche, de soldats de plomb, de modèles réduits ou d'objets décoratifs comportant des pièces en plomb
- La consommation d'aliments ou de boissons acides après contact prolongé avec une céramique artisanale (plats à tagine notamment), un étain décoratif ou un récipient en cristal
- L'utilisation de certains remèdes traditionnels contenant du plomb par des populations issues d'Asie du Sud-Est, d'Inde, du Moyen-Orient ou d'Amérique latine
- L'utilisation de certains cosmétiques traditionnels contenant du plomb tels que le khôl et le surma

Ces 3 dernières sources d'intoxication au plomb sont peut-être les moins connues au sein du corps médical.
Elles intéressent pourtant tout particulièrement les populations migrantes.

### 2.4.3 TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

« Le neuro-développement recouvre l'ensemble des mécanismes qui, dès le plus jeune âge, et même avant la naissance, structurent la mise en place des réseaux du cerveau impliqués dans la motricité, la vision, l'audition, le langage ou les interactions sociales. Quand le fonctionnement d'un ou plusieurs de ces réseaux est altéré, certains troubles peuvent apparaître : troubles du langage, troubles des apprentissages, difficultés à communiquer ou à interagir avec l'entourage…» (43).
En France, la prévalence des TND est d'environ 15%.

Dans le cadre de la Stratégie Nationale Autisme / TND 2018-2022, l'HAS a clairement énoncé que le dépistage, le diagnostic et la prise en charge précoce des TND chez les enfants de moins de 7 ans étaient une priorité nationale avec notamment la création de Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) ainsi que la création d'un forfait pris en charge par l'Assurance Maladie pour des soins précoces en libéral (43).
En juin 2019, le Secrétariat Chargé d'État Chargé des Personnes Handicapées a publié un outil de repérage à destination des médecins de première ligne permettant de porter leur attention sur

des points clés du développement global du jeune enfant et de l'orienter vers une PCO. Les signes d'alerte sont catégorisés en 5 domaines du développement et 2 dimensions transversales (44) :
- motricité globale, contrôle posturale et locomotion
- motricité fine
- langage
- socialisation
- cognition (à partir de 4 ans)
- dimension transversale 1 : haut facteur de risque de TND
- dimension transversale 2 : comportements inadaptés dans les registres instinctuels (troubles physiologiques, du sommeil ou de l'alimentation), sensoriel ou émotionnel

Voici les facteurs de haut risque de TND (44) :
- frère ou sœur ou parent de 1er degré ayant un TND
- exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques)
- grande prématurité (moins de 32 semaines d'aménorrhée)
- poids de naissance inférieur à 1 500 g
- encéphalopathies aigües néonatales (incluant convulsions)
- anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux, etc.)
- microcéphalie (PC < -2 DS, congénitale ou secondaire)
- infections congénitales ou néonatales (cytomégalovirus, toxoplasmose, rubéole, méningites/encéphalites, etc.)
- syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- cardiopathies congénitales complexes opérées
- chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
- ictère néonatal sévère, y compris à terme (bilirubine >400 µmol/l)

#### *2.4.3.1 Définition du retard psychomoteur*

Le retard psychomoteur est défini de façon imprécise dans la littérature internationale.
Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10), il est inclus dans les « Troubles spécifiques mixtes du développement » (45). Cette catégorie regroupe différents troubles du langage, des apprentissages, de la motricité, dans laquelle aucun de ces items ne prédomine suffisamment pour en être le diagnostic principal.

Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM V), le retard mental ou « déficience intellectuelle », est intégré dans la catégorie « troubles neurodéveloppementaux » (46). Dans cette version, une catégorie spécifique est consacrée aux troubles des apprentissages. Aux États-Unis, selon l'American Academy of Neurology, le retard psychomoteur global est défini comme un retard significatif (c'est-à-dire au moins deux déviations standards en dessous de la moyenne) dans au moins deux domaines psychomoteurs parmi : motricité fine ou globale, langage, cognition, interaction sociale, activités de la vie quotidienne (47). Ces anomalies doivent être apparues avant l'âge de 5 ans.

En France il n'y a pas de définition standardisée. L'HAS, dans son argumentaire « Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans » (48), utilise pour caractériser les retards de développement la définition du retard mental.

#### *2.4.3.2 Définition du retard de langage*

Le terme retard de langage est communément utilisé pour désigner des enfants qui présentent un écart avec leurs pairs du même âge dans leur acquisition du lexique, de la phonologie et/ou

de la syntaxe, sans que ce retard ne soit dû à un déficit cognitif, sensoriel, neurologique ou socioaffectif (49).
On peut considérer qu'un enfant est un locuteur tardif quand sa production lexicale est nettement inférieure à celle des enfants de son âge. Ainsi, dans l'étude de Rescorla, Mirak & Singh (50), la moyenne de mots produits par les enfants en retard de langage est de 18 mots à 2 ans, 89 mots à 30 mois et 195 mots à 3 ans, contre 150 à 180 mots à 2 ans chez les enfants du groupe contrôle. A titre de comparaison, la taille moyenne du lexique produit par l'enfant français, selon le questionnaire parental du développement du langage de production en français (DLPF) de Bassano et al., est de 193 mots à 24 mois et de plus de 500 mots à 30 mois (51).

Cependant, malgré les difficultés d'acquisition de l'enfant en retard de langage, son évolution n'est pas nécessairement pathologique. Le retard de langage peut être la manifestation d'un trouble émergent mais n'est pas un signe clinique absolu. Parmi les enfants en retard de langage à 2 ans, beaucoup rattrapent, plus ou moins vite, leurs pairs du même âge tandis que d'autres, moins nombreux, continuent à éprouver des difficultés dans leur acquisition du langage.

### 2.4.4 LE BILINGUISME

Selon Hamers et Blanc (1983), le bilingue est : « le sujet qui est placé dans une configuration familiale ou sociale l'incitant à développer et à entretenir des compétences linguistiques doubles jusqu'à posséder des compétences minimales dans les deux langues qui lui sont données à apprendre ».

Dans la situation idéale, le bilinguisme est équilibré (toujours d'après J.F Hamers et M. Blanc), ce qui recouvre une notion d'équivalence de compétence dans les deux langues.
Le bilinguisme est considéré comme dominant lorsque la compétence d'une langue est supérieure à l'autre. La dominance ne profite pas toujours à la langue maternelle, ce qui est souvent le cas chez les enfants issus de la migration lorsque l'acculturation et la scolarisation dans le pays d'accueil finissent par restreindre les compétences en langue maternelle (52).
Les enfants de migrants sont considérés comme allophones : la langue maternelle ne correspond pas à la langue de la communauté dans laquelle ils se trouvent.

Dans le cadre de la thèse, nous avons défini le bilinguisme comme le fait que l'enfant entende au quotidien 2 langues différentes : la langue « maternelle » et la langue française (qu'elle soit maitrisée ou non par la mère).
Nous n'avons pas étudié le modèle de bilinguisme auquel était exposé l'enfant mais au fil des consultations, nous avons rencontré différents types de bilinguisme, selon les définitions de W-E Lambert : certains enfants semblaient présenter un bilinguisme additif avec une maitrise équilibrée des 2 langues ; pour la plupart, le bilinguisme était soustractif avec l'apprentissage du français comme seconde langue mais au détriment de la langue maternelle. Pour d'autres enfants, ils comprenaient la langue maternelle sans pouvoir la parler, ce que l'on qualifie de bilinguisme passif.
Dans la première moitié du 20e siècle, l'opinion dominante était que le bilinguisme et l'acquisition d'une deuxième langue tôt dans la vie rendaient les enfants confus et interféraient avec leur habileté à développer des fonctions cognitives normales (53).

Aujourd'hui le bilinguisme précoce, lorsqu'il évolue vers un bilinguisme harmonieux est considéré comme un facteur favorable au développement de l'enfant.
La recherche récente a identifié des domaines où les enfants bilingues excellent et d'autres dans lesquels le bilinguisme n'a pas d'effet sur leur développement (54).
Ils présentent en effet des facultés supérieures à celles des monolingues pour la flexibilité mentale, des capacités attentionnelles et la conscience métalinguistique notamment.

A contrario, leur champ lexical est moins riche que celui des monolingues (55).

Dans l'étude ELFE de 2011, le plurilinguisme est effectivement retrouvé comme facteur favorisant le développement précoce du langage sous le double aspect de la compréhension et de l'utilisation des mots (56).

# 3 DEUXIÉME PARTIE : ÉTUDE

## 3.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'état de santé et le développement psychomoteur des enfants dont les mères ont été incluses en RCP «Périnatalité-Grande Vulnérabilité», de dépister d'éventuelles difficultés de développement et si nécessaire d'orienter l'enfant vers d'autres professionnels pour la réalisation de bilans diagnostiques complémentaires et débuter une prise en charge adaptée.
L'objectif secondaire de l'étude était d'objectiver les difficultés de suivi de ces femmes et de leurs enfants et proposer des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge au long cours de cette population vulnérable.

## 3.2 SCHÉMA DE L'ÉTUDE

Etude monocentrique observationnelle transversale descriptive.

## 3.3 MATÉRIEL ET MÉTHODE

### 3.3.1 POPULATION

Nous avons rencontré les enfants âgés de 18 mois à 4 ans dont les dossiers des mères ont été étudiés dans la RCP «Périnatalité-Grande Vulnérabilité» de Gironde entre novembre 2014 (date de création de la RCP) et mars 2017. Nous avons recueilli 52 dossiers (52 femmes, 53 enfants).

Critères d'inclusion pour le passage en RCP :
Femmes enceintes ou ayant récemment accouché à Bordeaux Métropole ayant au moins un des critères suivants :
- Précarité en matière de logement et d'hébergement
- Précarité administrative de par un parcours de migration et son corolaire, la barrière linguistique
- Difficulté d'accès aux soins ou difficulté observée en matière de continuité des soins
- Risque potentiel, sur le plan aussi bien médical que psychique ou social pour l'enfant à naître
- Risque de rupture conjugale et isolement social

Critères d'exclusion de notre étude :
- Refus exprimé de la part de la mère de participer à l'étude
- Impossibilité d'organiser une consultation du fait de l'incompatibilité des emplois du temps ou du fait de la distance entre le lieu de vie de l'enfant et le lieu de consultation

Le Comité de Protection des Personnes (CPP) a été consulté pour la réalisation de cette étude : le projet s'inscrivant dans le champ des sciences humaines et sociales, il n'entre pas dans celui des recherches impliquant la personne humaine au sens de l'article R.1121-1 du code de la santé publique. Il ne requiert donc pas l'avis d'un CPP.
Le consentement des mères était recueilli à l'oral.

Un modèle de consentement écrit a été rédigé mais peu utilisé du fait de la barrière de la langue ou des difficultés pour les mères à lire le français.

### 3.3.2 CONTACT DES MÈRES

Nous avons récupéré le listing de l'ensemble des dossiers des RCP grâce à Mme Laurence Toullec, sage-femme coordinatrice des réunions.
Pour des raisons de confidentialité évidentes, les coordonnées des femmes n'étaient pas notées dans les comptes rendus des RCP « Périnatalité-Grande Vulnérabilité » du Réseau Périnat Aquitaine.

Pour recueillir les coordonnées téléphoniques des mères (et leur consentement), nous avons fait appel à différentes méthodes :

- Recherche dans le logiciel médical du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux « DxCare » soit avec le nom de l'enfant soit avec le nom de la mère.

- Contact par téléphone et par mail des associations et institutions ayant été ou pouvant être en contact avec les femmes tout au long de leur parcours de soins et leur parcours social :

- Les réseaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI).
  Dans un premier temps, nous sommes allées sur place (Espace Accueil du Cours Alsace-Lorraine à Bordeaux, PMI Saint-Jean à Bordeaux, PMI Saint-Michel à Bordeaux) rechercher les dossiers des enfants (dont le nom était parfois différent de celui de la mère) pour retrouver les coordonnées des parents.
  Dans un second temps, les noms des mères ont été envoyés par mail aux pédiatres des différentes PMI de Bordeaux Métropole afin de réaliser une nouvelle recherche des familles.

- Le Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation (CAIO) de Bordeaux

- La Plateforme d'Accueil des Demandeurs d'Asile (PADA) de Bordeaux gérée par l'Association France Terre d'Asile

- Les Foyers Maternels dépendant du Centre Communal d'Action Sociale de Bordeaux (CCAS) : Foyer des Douves près de la gare Saint-Jean et Foyer Maternel de Gradignan

- Le Centre d'Accueil d'Urgence (CAU) Leydet de l'Association Diaconat de Bordeaux

- Le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de l'Association Revivre Frédéric Ozanam

- L'Association MANA de Bordeaux

- Le Réseau de Psychiatrie Périnatale (RPP) du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux

Dès que cela a été possible, les femmes ont été contactées par leur référent social pour information, explication, recueil du consentement et organisation d'un rendez-vous de consultation.
S'il n'existait pas de contact social, nous appelions directement les mères.
Pour les femmes qui ne répondaient pas immédiatement, nous laissions un message vocal (en français) et nous rappelions au moins 2 autres fois.

### 3.3.3 LA CONSULTATION

Les consultations se sont déroulées entre mai 2018 et janvier 2019.

Le lieu de consultation privilégié a été l'Hôpital des Enfants du CHU de Bordeaux. Lorsqu'il était impossible pour la famille de se déplacer, nous convenions d'un lieu de rendez-vous plus adéquat : salle de consultation de la PMI la plus proche ou au sein du Foyer (« Des Douves » ou de Gradignan) ou encore à domicile.

J'ai réalisé la majorité des consultations avec l'aide et en présence de ma directrice de thèse, le Docteur Rebola. Pour les autres, j'étais seule. L'entretien durait 1 heure à 1h30 environ.

Nous avons demandé aux pédiatres des PMI de Bordeaux s'il était envisageable qu'elles réalisent ces consultations los des visites de suivi ou des visites obligatoires des enfants connus du secteur. Du fait de la durée du rendez-vous et par rapport à leur charge de travail cela n'a pas été possible.

Lorsque cela a été nécessaire, nous avons fait appel à un interprète via le CHU ou avec l'aide d'un proche de la mère.
Certaines consultations ont été menées en anglais.

Après information et avec l'accord des parents, un courrier a été rédigé et envoyé aux médecins ou professionnels paramédicaux intervenant auprès de l'enfant dans les cas suivants :
- inquiétude concernant le développement psychomoteur de l'enfant nécessitant un suivi médical rapproché
- indication d'une prise en charge complémentaire indispensable : CAMSP, orthophonie, psychomotricité, psychothérapie…

Si besoin, nous contactions directement par téléphone les professionnels concernés pour prendre rendez-vous ou adapter la prise en charge déjà en cours.

### 3.3.4 LE CARNET DE CONSULTATION

Un carnet de consultation a été rédigé pour chaque tranche d'âge suivante :
- de 18 mois à 23 mois et 15 jours
- de 23 mois 16 jours à 34 mois et 30 jours
- de 35 mois à 45 mois et 30 jours
- à partir de 46 mois

Un certain nombre d'items sont identiques pour les 4 cahiers (croissance staturo-pondérale, vaccinations, examen somatique etc.).
D'autres items sont quant à eux propres à chaque tranche d'âge : le mode d'accueil par exemple ou encore la passation de certains tests de dépistage.

#### *3.3.4.1 Dépistage du saturnisme*

Nous avons utilisé la dernière mise à jour du guide du dépistage et de prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte publiée par le HCSP (2017) (57).
Si au moins une réponse est positive, le médecin prescrit une plombémie à l'enfant et rempli le formulaire Cerfa n°12378*03 (58).

Le résultat du dépistage doit être retranscrit dans le carnet de santé lors des examens obligatoires.

#### *3.3.4.2 La vaccination*

Les enfants de notre population étant nés avant 2018, nous avons conservé la distinction entre vaccins obligatoires (comprenant Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite) et vaccins recommandés (Coqueluche, Hépatite B, Haemophilus Influenzae b, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons et Rubéole).
En 2016, le schéma vaccinal concernant le Méningocoque C a été modifié, passant de 1 injection (à 12 mois) à 2 injections (à 5 et 12 mois). Nous nous sommes assuré que les 2 injections avaient bien été réalisées pour les enfants vaccinés à partir de 2017.

Nous n'avons pas pris en compte le statut vaccinal concernant le BCG ni les autres vaccinations proposées en cas de voyage.

### 3.3.5 DONNÉES RECUEILLIES

#### *3.3.5.1 Concernant la mère*

Nous avons recueilli les caractéristiques suivantes :
- date de naissance, nationalité
- parcours migratoire
- date de la RCP et indicateurs de grande vulnérabilité
- date d'arrivée en France
- comprend et/ou parle le français
- situation conjugale, au moment de la RCP (initiale) puis au moment de la consultation (actuelle)
- personnes ressources
- situation administrative, initiale et actuelle
- suivi social, initial et actuel
- couverture sociale, initiale et actuelle
- type d'hébergement, initial et actuel
- formation en cours et/ou métier exercé
- revenus actuels
- suivi médical actuel : médecin traitant, médecin spécialiste
- Suivi psychologique
- pathologie chronique, pathologie psychiatrique
- prise de traitement et/ou de toxiques
- comment se sent le parent : bien, inquiet, isolé, fatigué
- informations relatives à la grossesse : lieu de suivi, complications au cours de la grossesse, pathologie chronique

De nombreux items sont identiques à la thèse de M. Dupré afin d'harmoniser le questionnaire entre nos 2 travaux (59).
Mon travail de thèse étant focalisé sur l'enfant, quelques questions posées par M. Dupré n'ont pas été reprises dans mon étude :
- Présence ou non d'une complémentaire santé
- Etat de santé de la mère à partir du Mini Module Européen
- Le parcours de soins de la mère et le renoncement à certains soins [d'après l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) menée en 2008]

- Questions issues du score Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé (EPICES) :
« Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation…) »
« En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? » et « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? »
- Questions issues de l'Echelle des Provisions Sociales (EPS) :
« J'ai une famille et des ami(e)s qui m'aident à me sentir à l'abri du danger, en sécurité et heureuse »
« J'ai quelqu'un en qui j'ai confiance et vers qui je pourrais me tourner pour avoir des conseils si j'avais des problèmes »
« Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence »
- Questions concernant l'usage de toxiques d'après l'ESPS et l'IRDES.

Nous avons résumé les questions du score EPICES et d'EPS en 2 items : « personne ressource » et « comment se sent le parent ».
Concernant les toxiques, nous avons simplement cherché à savoir si elles buvaient de l'alcool ou fumaient.

#### *3.3.5.2 Concernant le père*
- Présent ou non ?

#### *3.3.5.3 Concernant les antécédents de l'enfant*
- Informations relatives à la naissance : lieu de naissance, terme, mode d'accouchement, complications à la naissance et gestes techniques spécialisés
- Informations relatives au nouveau-né : sexe, mensuration, score d'Apgar
- Durée d'hospitalisation à la maternité
- Type d'allaitement et durée de l'allaitement maternel le cas échéant
- Informations relatives au suivi de l'enfant : médecin traitant/pédiatre/PMI/prise en charge complémentaire
- Informations relatives aux antécédents médicaux et chirurgicaux de l'enfant, traitement habituel
- Informations relatives à la vaccination : date des premiers vaccins, vaccins obligatoires à jour ou non, vaccins non obligatoires à jour ou non

#### *3.3.5.4 Concernant le développement cognitif de l'enfant*
- Age réel et corrigé au moment de la consultation
- Motricité fine
- Motricité globale
- Contact social
- Langage
- Difficultés de comportement selon la mère et au cours de la consultation

#### *3.3.5.5 Autres informations recueillies*
- Fratrie de l'enfant et le cas échéant, habitant dans le même foyer ou non
- Mode d'accueil

- Risque de saturnisme, vaccination
- Alimentation et sommeil
- Examen somatique, mensurations
- Domaine sensoriel : auditif

### 3.3.6 CHOIX DES TESTS

Pour réaliser ces carnets, nous nous sommes inspirés de plusieurs travaux déjà existants :
- les items du carnet de santé concernant la naissance de l'enfant (60)
- les items du carnet de santé pour chaque visite obligatoire : 2 ans, 3 ans et 4 ans (60)
- les items proposés sur le site internet Pédiadoc.fr à 16, 20 et 24 mois (61)
- les carnets de consultation de suivi du nouveau-né vulnérable réalisés par le groupe de travail pluridisciplinaire du Réseau « Périnat Nouvelle-Aquitaine » et en cours de validation : 18 mois, 2 ans, 3 ans et 4 ans.

Nous avons également utilisé des tests spécifiques pour :
- le dépistage d'un syndrome dépressif et/ou d'un état de stress post-traumatique chez la mère
- dépister des troubles du spectre autistique chez l'enfant
- évaluer le développement psychomoteur de l'enfant
- dépister les troubles de langage chez l'enfant à 3 ans et 4 ans
- les interactions mère-enfant

#### *3.3.6.1 Le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*

Le MINI est un entretien diagnostique structuré d'une durée de passation brève, à destination des mères, explorant de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV. Cela permet de déterminer une prévalence actuelle et/ou vie entière des différents troubles explorés. Il a été créé par Sheehan DV et al. pour les États-Unis et Lecrubier Y et al. pour la France en 1997 (62).
Nous nous sommes concentrés sur le dépistage de l'État dépressif majeur et l'État de stress post-traumatique, pathologies psychiatriques les plus fréquemment notées dans les dossiers de RCP que nous avons récupérés.

2 questions sont posées pour le dépistage de l'État dépressif majeur, il en est de même pour l'État de stress post-traumatique (ESPT).
Une réponse négative aux 2 questions rend fortement improbable le diagnostic de dépression ou d'ESPT :
- fiabilité du test pour l'épisode dépressif majeur : sensibilité : 96 %, spécificité : 88 %, VPN 98 % (63)
- fiabilité du test pour l'ESPT : sensibilité 85 %, spécificité : 96 %, VPN 97 %

Utilisé par M. Thomas Dupré pour sa thèse « Quel est le devenir des femmes enceintes en situation de précarité après étude de leur situation en réunion pluridisciplinaire ? », il nous a semblé pertinent de l'inclure dans notre carnet pour dépister d'autres femmes que celles incluses dans l'étude de M. Dupré.

#### *3.3.6.2 Le Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*

Le M-CHAT est un test qui permet de détecter les premiers signes de l'autisme chez les enfants âgés de 16 à 30 mois.

Une première version, le Checklist For Autism in Toddlers (CHAT) est rédigée et validée en 1992 (64).

Une version révisée (M-CHAT) comprenant les 9 premiers items du CHAT est écrite en 2001 et validée auprès de 1300 enfants (65).

Le M-CHAT est le test de repérage proposé dans les dernières recommandations de l'HAS en 2018 (66).

C'est un questionnaire parental à réaliser en consultation. Aucun entraînement n'est requis pour la passation du test. Le questionnaire est composé de 23 items (réponse oui/non). 6 items ont été identifiés comme particulièrement discriminants (dits « critiques »).
Il doit être rempli en se basant sur le comportement habituel de l'enfant. Il convient d'essayer de répondre à toutes les questions. Si le comportement est exceptionnel (s'il n'a été observé qu'une ou deux fois seulement), il faut répondre à l'item par la négative.

Plusieurs fonctions sont évaluées à travers les items :
- troubles sensoriels
- anomalies motrices
- troubles des interactions sociales
- troubles de la communication et retard des prérequis au langage oral

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation soit à deux des items considérés comme critiques, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses à trois items.
Fiabilité du test : (67) (68)
- Pour 2 items critiques/6 échoués : sensibilité 77 %, spécificité 43 %
- Pour 3 items/23 échoués : sensibilité 92 %, spécificité 27 %

Le M-CHAT doit être complété, en cas de résultats confirmant un risque de TSA par un entretien structuré plus précis avec les parents au moyen du M-CHAT-Follow-up en consultation dédiée de repérage. (Recommandation HAS 2018) (66).

#### *3.3.6.3 L'échelle de Denver*

L'échelle de Denver ou « Denver developemental screening test » (DDST) est créé en 1967 par William K. Frankerburg et Josiah B. Dodds (69).
Le test est standardisé auprès de 1036 enfants dont le développement est présumé normal au sein de la ville de Denver dans le Colorado.
C'est le premier outil permettant de dépister un retard de développement psychomoteur d'enfants en consultation de routine entre 0 et 6 ans.
Le test permet d'évaluer 4 fonctions à travers 105 items : la motricité fine, la motricité globale, le langage et la sociabilisation.
Chaque item est représenté par une barre horizontale s'étendant sur plusieurs mois. Le bord gauche représente l'âge auquel 25 % des enfants réussissent le test et le bord droit l'âge auquel 90 % des enfants réussissent le test. Il est également noté l'âge auquel 50 % et 75 % des enfants valident l'item.
Le test est utilisé à travers le monde et standardisé dans une quinzaine de pays.

En 1989, le DDST est révisé et laisse place à l'échelle de Denver II (70).
Le test est standardisé auprès de 2096 enfants et comprend finalement 125 items étalés entre 0 et 6 ans. Il est également ajouté une échelle d'évaluation comportementale au cours de la consultation.

En 2006, l'American Academy of Pediatrics publie une sélection des tests de dépistage des troubles du développement psychomoteur. Le Denver II figure parmi les tests recommandés. Cependant, la sensibilité du test est modérée (0.56-0.83) de même que sa spécificité (0.43-0.80) (71).

L'échelle de Denver a pour objectif de dépister un retard des acquisitions, par rapport à une population standardisée. Elle n'a pas pour but de poser un diagnostic précis de trouble du développement et/ou de calculer un quotient intellectuel.
L'échelle de Denver peut être utilisée par les pédiatres en consultation de suivi. La durée de passation est d'environ 10 à 20 minutes. Il n'est pas nécessaire de se former pour utiliser le Denver II.

#### *3.3.6.4 Les autres tests de dépistage de troubles développementaux*

Comme écrit précédemment, l'échelle de Denver a une sensibilité et une spécificité modérées.

Nous avons étudié la possibilité d'utiliser d'autres tests permettant un meilleur dépistage des troubles du développement psychomoteur. Cependant, nous nous sommes heurtées à plusieurs obstacles justifiant notre choix définitif.

<u>Bayley Scales of Infant and Toddler Development, 3rd edition (BSID-III) :</u>
- Non validée en français (en cours de validation)
- Passation d'environ 90 minutes pour les enfants de plus de 1 an

<u>Inventaire de développement de l'enfant (IDE) :</u>
- Questionnaire parental.
- Plusieurs familles de notre étude ne parlent pas français et de nombreuses femmes ne lisent pas le français.
- Il nous était impossible de donner le questionnaire à remplir aux parents avant la consultation

<u>Echelle de Brunet-Lézine révisée (BLR) :</u>
- C'est l'échelle de dépistage des troubles psychomoteurs de référence en France. Les items sont connus par de nombreux pédiatres sensibilisés au développement psychomoteur du petit enfant.
- Le BLR évalue les compétences psychomotrices des enfants entre 2 et 30 mois. Une partie de la population de notre étude ne pouvait donc pas bénéficier de ce test.
- Nous trouvons facilement sur internet l'échelle de Brunet-Lézine mais la mallette de passation, indispensable pour une validité optimale, est payante.
- La passation complète de l'échelle permettant de calculer un quotient de développement (QD) peut-être longue (40 à 60 minutes environ) et nécessite une bonne adhésion de l'enfant (et des parents).

<u>Age state questionnaire (ASQ) :</u> Questionnaire parental, même problématique que pour l'IDE

#### *3.3.6.5 Les tests de dépistage des troubles du langage*

<u>Le D.P.L.3 :</u> (72)
Questionnaire pour le repérage des troubles du langage oral de l'enfant entre 36 mois et 42 mois.
Le D.P.L.3 est un test de dépistage recommandé par la Commission d'experts en 2005 (73).

Il est créé par Mme Coquet et M. Maetz en 1998 et comprend 10 items (entretien avec les parents, conversation avec l'enfant, activités graphiques, estimation de connaissances en vocabulaire).
4 domaines sont particulièrement étudiés : la socialisation-communication, le graphisme, le vocabulaire et la compréhension-expression.
En fonction du score obtenu, 3 conduites à tenir sont proposées :
- classement « satisfaisant » : pas d'action particulière
- classement « à surveiller » : surveillance et contrôle à envisager dans 3 à 6 mois
- classement « à risque » : indications d'examens complémentaires et d'une prise en charge complémentaire

Nous avions prévu un test de dépistage pour les enfants de 4 ans : Epreuve de repérage des troubles du langage à 4 ans (ERTL4). Il est également recommandé par la Commission d'experts en 2005 (73) (74). Cependant nous n'avons rencontré aucun enfant de cette tranche d'âge.

#### *3.3.6.6 Le Relationship Problem CheckList (RPCL)*

Le RPCL ou « Inventaire des difficultés relationnelles » est un outil d'évaluation de la relation mère-enfant qui s'intègre dans la « Classification Diagnostique des Troubles de la Santé Mentale et du Développement de la Petite Enfance édition révisée», plus communément appelé « DC:0-3R » (75) (76).

La première version du DC:0-3 est élaborée en 1994 par des groupes pluridisciplinaires d'experts afin de créer un système de classification pour la santé mentale et des troubles du développement dans la petite enfance.
Cette première version est rapidement validée et utilisée par les professionnels de la petite enfance.
Une nouvelle version est élaborée et publiée en 2005 en insistant sur la dimension de l'interaction parent-enfant notamment (Axe II du DC:0-3R).

Le RPCL est conçu pour aider le clinicien à explorer les difficultés ou l'absence de difficultés dans une relation. Cela permet de déterminer dans quelle mesure les concepts suivants permettent de décrire de manière adaptée les caractéristiques d'une relation : « sur-impliquée », « sous-impliquée », « anxieuse/tendue », « irritée/hostile », « abusive verbalement », « abusive physiquement », « abusive sexuellement ».
Chaque propriété de la relation parent-enfant est décrite en 3 parties :
- caractéristiques des interactions comportementales
- tonalité affective de la relation
- implication psychologique
Le clinicien peut alors indiquer si l'observation de la relation parent-enfant révèle :
- une absence d'élément
- présence d'éléments nécessitant un complément d'évaluation
- présence avérée

Nous souhaitions dans notre étude évaluer la qualité du lien mère-enfant dans ce contexte particulier de vulnérabilité maternelle.
Il s'est avéré que les tests existants et reconnus (« La situation étrange », « Grille d'évaluation des interactions précoces de Bobigny » …) n'étaient pas adaptés dans notre situation :
- nécessité d'une vidéo (« La situation étrange »)
- nécessité de rencontrer la dyade mère-enfant à plusieurs reprises ou temps d'évaluation trop long par rapport au temps prévu de la consultation
- nécessité de réaliser une formation auparavant

- un seul et unique test non réalisable sur la période de 18 à 48 mois.

Nous avons donc choisi le RPCL, certes moins discriminant et ne permettant pas de poser un diagnostic immédiatement, pour sa facilité et sa rapidité de passation.

Il n'était pas envisageable de réaliser la passation complète du DC :0-3 qui exige une formation et une observation de l'enfant et de ses figures d'attachement au cours de plusieurs consultations.

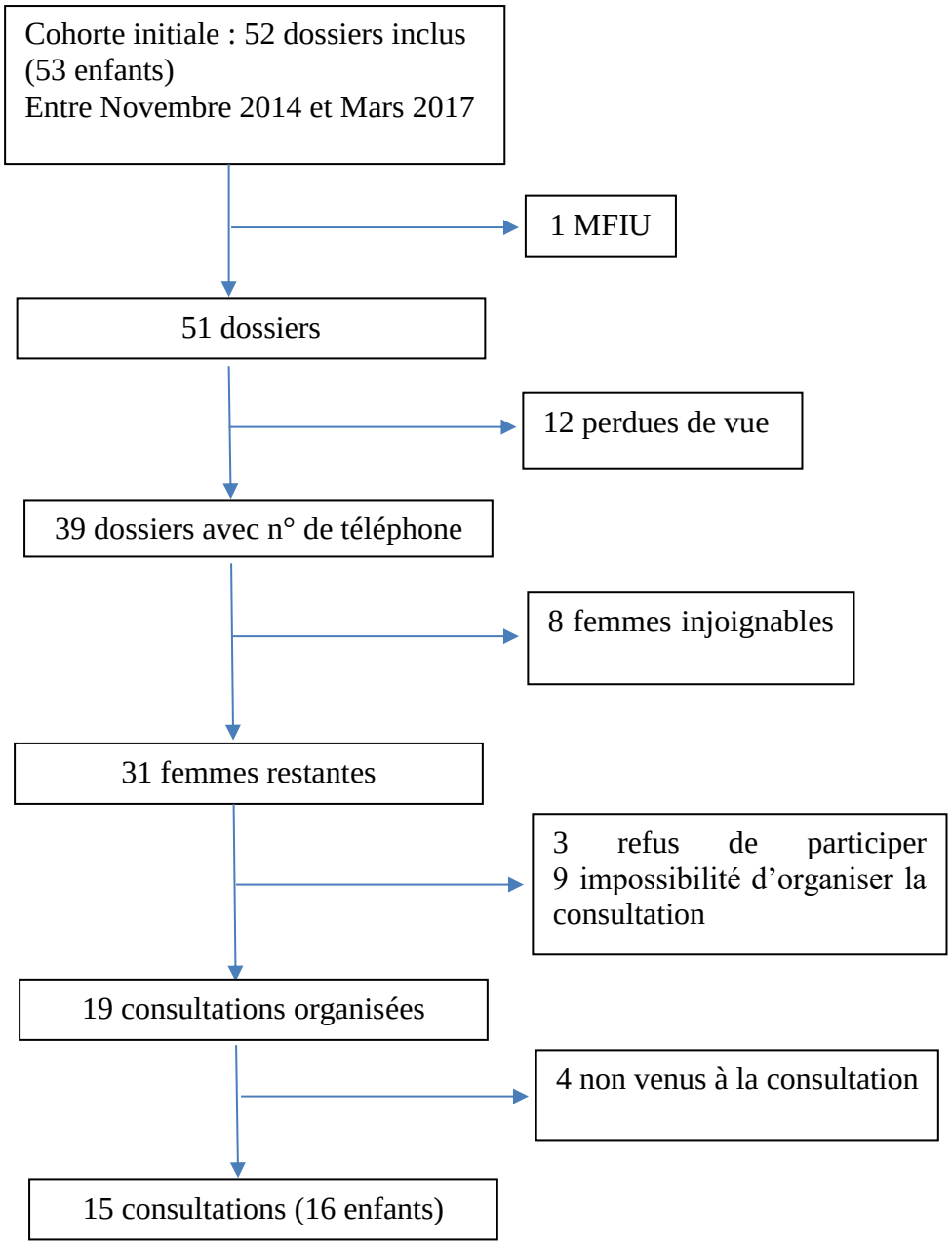
#### *3.3.6.7 L'évaluation du comportement*

Nous avons choisi d'évaluer le comportement de l'enfant au cours de la consultation ainsi que dans son environnement familial de façon subjective.
Les questions posées aux parents proviennent des carnets de consultation réalisés par le Réseau Périnat pour le suivi des nouveau-nés vulnérables.
Nous nous sommes également appuyées sur les questions d'observations comportementales proposées dans l'échelle de Denver :
- sentiment exprimé
- qualité de la relation au testeur
- capacité d'attention
- communication verbale
- confiance en soi

Pour chaque item, une note entre 0 et 2 doit être attribuée (0 étant « inquiétant » et 2 étant « rassurant »).

## 3.4 RÉSULTATS

### 3.4.1 DIAGRAMME DE FLUX




MFIU : Mort fœtal in utero

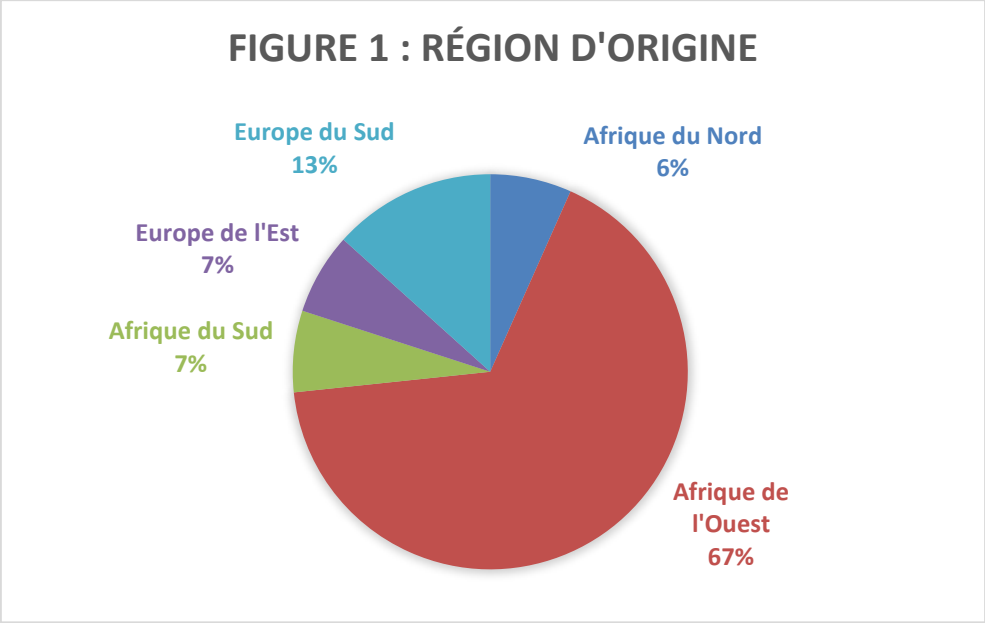
Impossibilité d'organiser la consultation :
- 3 femmes sont parties et ont déménagé en dehors de Bordeaux : Bayonne/Metz/Libourne
- 1 femme sourde et muette
- 2 femmes ayant un emploi et impossibilité de trouver un créneau de consultation
- 1 enfant placé
- 1 enfant parti avec le père pendant plusieurs mois

Dans le cadre de sa thèse, M. Dupré a pu contacter 16 femmes. Nous n'en avons que 7 en commun. Pour les 9 autres :
- 2 ne sont pas venues à la consultation
- 2 ont déménagé et il n'a pas été possible d'organiser une consultation
- 2 travaillent et leur emploi du temps n'a pas permis que l'on se rencontre
- 1 a changé de numéro et est partie du foyer sans donner d'information
- 1 n'a jamais donné suite à mon appel et mon message vocal
- 1 Mort fœtale in utero

### 3.4.2 CONCERNANT LES MÈRES

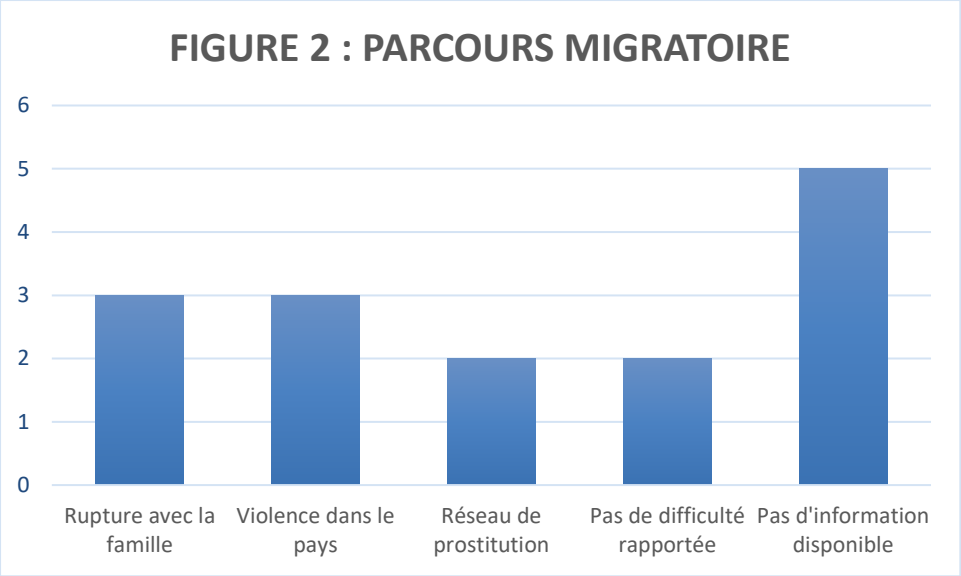
#### *3.4.2.1 Région d'origine*

10 femmes sur les 15 arrivaient d'Afrique de l'Ouest.
Parmi les 52 dossiers adressés en RCP, 1 seule femme était de nationalité française.




#### *3.4.2.2 Parcours migratoire*

Nous n'avons des informations sur le parcours migratoire que pour 10 femmes sur les 15.
Il est fort probable que plus de 13 % des femmes de l'étude aient appartenu à un réseau de prostitution mais ces informations n'étaient pas notées de façon systématique dans les dossiers de RCP.
Un certain nombre de femmes ont également subi des violences une fois arrivées en France.

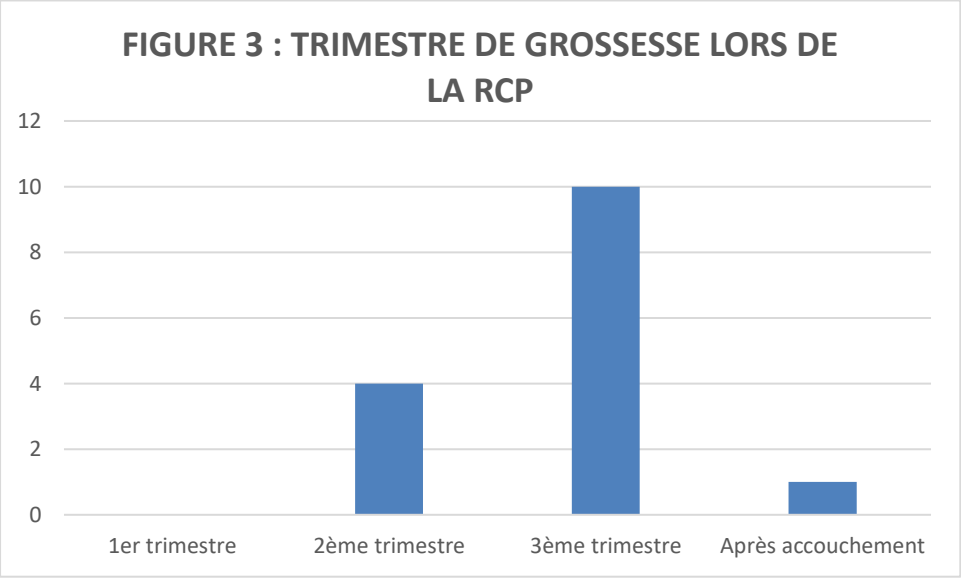



*3.4.2.3 Âge lors de l'inclusion*

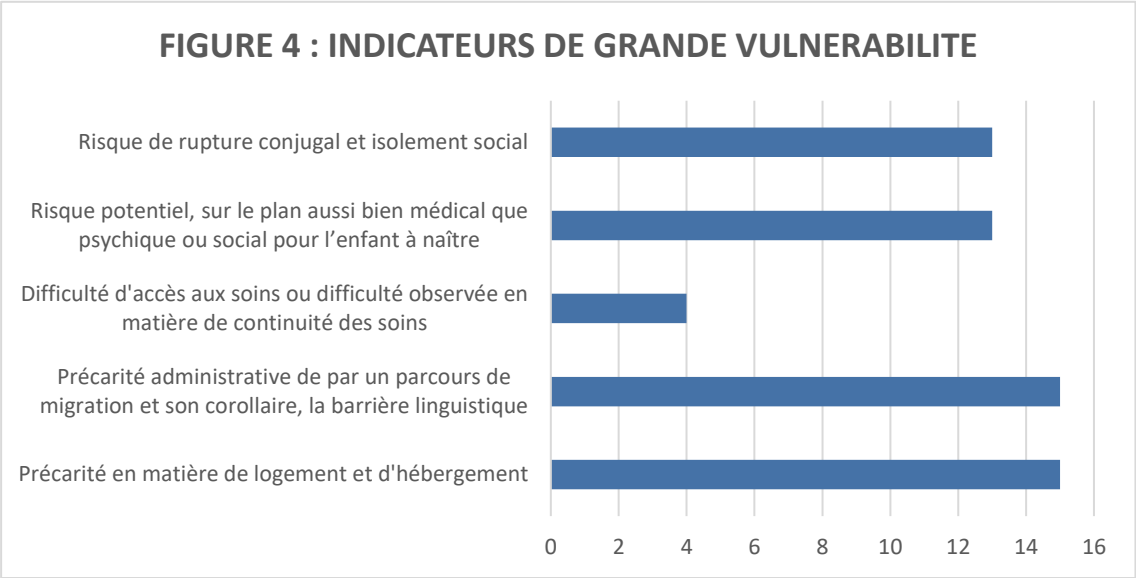
A priori, aucune femme n'avait moins de 20 ans lors de l'inclusion. Cependant, pour au moins 1 femme incluse, la date de naissance avait très probablement été falsifiée sur ses papiers.
9 (60 %) avaient entre 20 et 30 ans.
6 (40 %) avaient plus de 30 ans au moment de l'inclusion.

*3.4.2.4 Date de la RCP et motif d'orientation*

La RCP était tardive au cours de la grossesse : pour 10 femmes (66,7 %) la RCP s'est déroulée au cours du 3ème trimestre. Pour 1 femme, la RCP a eu lieu après l'accouchement.




Toutes les femmes avaient été orientées en RCP pour des raisons de précarité administrative et pour des difficultés de logement
L'indicateur le moins représenté est celui des difficultés d'accès aux soins ou de continuité des soins.




Toutes les femmes cumulaient plusieurs facteurs de vulnérabilité ; 13 femmes (86,7 %) en cumulaient 4 ou plus.

#### *3.4.2.5 Données administratives*

4 femmes (26,7 %) étaient arrivées l'année de la RCP soit juste avant ou au cours de leur grossesse.
Seulement 1 femme était arrivée plus de 5 ans avant la RCP.

Si ces femmes étaient en situation extrêmement précaire lors de la RCP, leur situation s'est partiellement améliorée au décours de leur grossesse pour un certain nombre d'entre elles. Leur condition administrative, financière, familiale n'en reste pas moins préoccupante à ce jour pour la majorité.

- Situation administrative : 13 femmes étaient en situation irrégulière lors de la RCP contre 6 au moment de la consultation. 2 mères étaient demandeuses d'asile en période périnatale. Plusieurs femmes avaient déjà eu un ou plusieurs refus de demande d'asile avec une obligation de quitter le territoire français (OQTF).
Lors de notre rencontre, 4 femmes pouvaient demeurer en France de façon permanente (dont 1 après obtention du statut de « Parents d'enfant français »).

- Logement : lors de la RCP, aucune femme ne vivait dans un logement fixe et stable : 6 femmes étaient hébergées dans un logement d'urgence (Lit Halte Soins Santé (LHSS), Centre d'accueil d'Urgences (CAU)) ne pouvant théoriquement pas se prolonger après l'accouchement ; 3 étaient en situation d'errance avec changement de logement à répétition, squat ; 1 était en foyer, 3 vivaient chez une connaissance et 2 étaient à l'hôtel.
Lors de la consultation, 6 femmes sur les 15 vivaient dans un appartement en location. Les autres femmes étaient toujours logées dans des structures d'accueil (foyer) ou à l'hôtel.

- Couverture médicale : lors de la RCP, 12 femmes bénéficiaient de l'Aide Médicale d'Etat (AME) et 3 avaient la Couverture Médicale Universelle (CMU). Dans notre échantillon toutes avaient une couverture médicale, ce qui n'était pas le cas pour l'ensemble des 52 femmes, certaines venant tout juste d'arriver en France lors de la RCP et/ou de l'accouchement.
Au moment de la consultation, 9 mères étaient couvertes par la CMU et 6 par l'AME.

- Référent social : 13 femmes avaient un suivi social antérieur à la RCP ; pour 2, il a été instauré au décours. Pour un certain nombre de femmes, plusieurs travailleurs sociaux intervenaient en même temps. Le cas échéant, nous avons noté le principal intervenant au moment de la RCP (celui qui restituait les informations de la RCP à la patiente).
Lors de la consultation, 3 n'avaient pas de suivi social car n'en ressentaient plus la nécessité.

Tableau 1 : Récapitulatif des données médico-sociales au moment de la RCP et au moment de la consultation

| | RCP n (%) | Nombre de sujet : 15<br>Consultation n (%) |
|---|---|---|
| **Situation administrative** | | |
| Situation irrégulière | 13 (86,7) | 6 (40) |
| Demande d'asile | 2 (13,3) | 0 (0) |
| Carte de séjour provisoire | 0(0) | 5 (33,3) |
| Situation régulière | 0 (0) | 4 (26,7) |
| **Couverture médical** | | |
| AME | 12 (80) | 6 (40) |
| CMU | 3 (20) | 9 (60) |
| **Hébergement** | | |
| Errance | 3 (20) | 0 (0) |
| Hébergement d'urgence | 6 (40) | 0 (0) |
| Foyer | 1 (6,7) | 5 (33,3) |
| Chez une connaissance | 3 (20) | 1 (6,7) |
| Hôtel | 2 (13,3) | 3 (20) |
| Appartement ou maison | 0 (0) | 6 (40) |

| | RCP n (%) | Nombre de sujet : 15<br>Consultation n (%) |
|---|---|---|
| **Accompagnement social** | | |
| PMI/MDSI | 4 (26,7) | 4 (26,7) |
| CAIO | 6 (40) | 4 (26,7) |
| AS LHSS | 2 (13,3) | 1 (6,6) |
| AS Foyer | 1 (6,7) | 3 (20) |
| Aucun | 2 (13,3) | 3 (20) |
| **Situation conjugale** | | |
| Seule | 11 (73,3) | 10 (66,7) |
| En couple | 0 (0) | 1 (6,6) |
| Mariée | 4 (26,7) | 4 (26,7) |

AME : Aide Médicale d'Etat – CMU : Couverture Médicale Universelle

PMI : Protection Maternelle Infantile – MDSI : Maison Départementale de la Solidarité et de l'Insertion – CAIO : Centre d'Accueil, d'Information et d'Orientation – LHSS : Lit Halte Soins Santé – AS : Assistante Sociale

#### *3.4.2.6 Travail et revenus*

8 femmes (53,3 %) n'avaient ni formation ni travail au moment de la consultation
4 femmes sur les 5 ayant un travail (33,3 %) étaient embauchées comme femme de ménage, la dernière était coiffeuse.
2 (13,3 %) étaient en cours de formation.

6 femmes (40 %) n'avaient aucun revenu et vivaient des dons de diverses associations (Resto du Cœur, Secours Populaire) et/ou de l'aide du foyer.
6 (40 %) avaient un salaire (le leur ou celui du mari pour 1) avec un complément par la Caisse d'Allocations familiales (CAF).
3 (20 %) bénéficiaient du Revenu de Solidarité Active (RSA) avec un complément par la CAF.

#### *3.4.2.7 Famille et ressources sociales*

10 femmes (66,7 %) étaient seules, 4 (26,7 %) étaient mariées et 1 en couple.
Pour 7 enfants (46,7 %), le père avait reconnu l'enfant mais n'était pas ou peu présent.

Il y avait une fratrie dans 9 des 15 familles vues. Cependant, pour 4 d'entre elles (44,4 %) les frères et sœurs étaient restés au pays.

7 mères (46,7 %) rapportaient ne pas avoir de personne ressource, 4 (26,7 %) indiquaient que leur mari était personne ressource et 4 que c'était une amie ou un membre de la famille.

13 femmes (86,7 %) parlaient français.

Au total, au moment de la consultation sur les 15 femmes, 4 étaient « totalement » insérées avec une carte de séjour permanente, un logement locatif, un travail (pour 3 femmes sur 4, la dernière étant en formation) et un salaire régulier. Pour 3 d'entre elles, elles pouvaient s'appuyer sur leur mari et se sentaient bien ; la dernière comptait sur une connaissance et se sentait isolée.

#### *3.4.2.8 Santé des mères*

13 femmes (86,7 %) avaient un médecin généraliste et 2 aucun suivi médical.

2 femmes uniquement prenaient un traitement (psychiatrique).

Aucune femme n'a déclaré prendre de toxique : alcool, tabac, autre substance illicite.

#### *3.4.2.9 Etat psychologique*

Concernant les antécédents psychiatriques et notamment au cours de la grossesse, les données provenaient uniquement du dossier de la RCP.
Nous n'avons pu avoir une information « valide » que pour 5 femmes (33,3 %). Pour les 10 autres, il n'a pas été possible de confirmer l'absence ou non de pathologie psychiatrique.
Parmi les 5 femmes malades, 3 présentaient un État de Stress Post-Traumatique (ESPT) ; 1 un syndrome dépressif ; pour l'autre, le type de pathologie n'était pas défini dans le dossier.

3 mères (20 %) ont déclaré au cours de notre rencontre être suivies par un psychiatre et 2 (13,3 %) par un psychologue. Sur les 5 femmes, 2 avaient présenté des troubles psychiatriques au cours de la grossesse ; pour les autres, cela n'avait pas été noté ou elles étaient indemnes de toute pathologie psychiatrique.

Concernant le questionnaire MINI pour un syndrome dépressif et/ou un ESPT :
- On pouvait écarter de façon à peu près certaine un syndrome dépressif pour 13 femmes (86,7 %).
- Le diagnostic d'ESPT était fortement improbable pour 9 femmes (60 %).

Parmi les femmes dont le diagnostic de syndrome dépressif et/ou d'ESPT était envisageable, 3 avaient un suivi psychologique ou psychiatrique.

60 % des femmes (9 sur les 15) se sentaient « bien » et 40 % évoquaient une inquiétude quant à leur situation et/ou un isolement.

#### *3.4.2.10 Suivi de la grossesse*

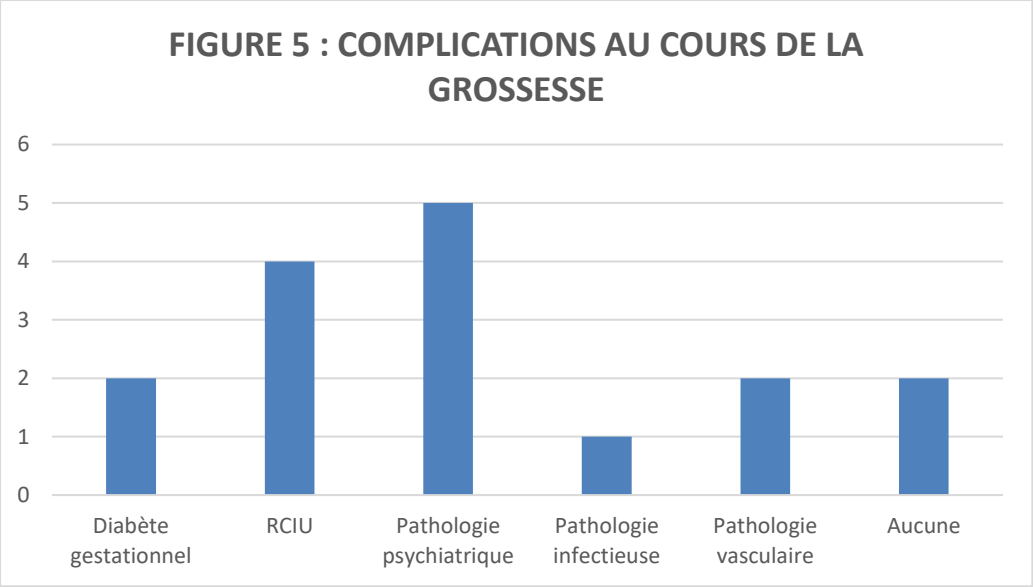
9 femmes (60 %) avaient un suivi conjoint au CHU et à la PMI, 3 étaient suivies au CHU et en libéral (20 %), 2 étaient suivies à la Maison de Santé Protestante de Bordeaux Bagatelle (13,3 %), 1 femme (6,7 %) n'avait aucun suivi.

9 femmes sur les 15 (60 %) ont eu les 3 échographies de référence dans les temps (entre 11 et 14 SA, puis entre 21 et 24 SA, puis entre 31 et 34 SA)
4 femmes (26,7 %) n'ont pas eu l'échographie du 1$^{er}$ trimestre, de même que pour l'échographie du 2$^{ème}$ trimestre.

3 femmes (20 %) n'ont eu qu'une seule échographie au 3ème trimestre de grossesse.

*3.4.2.11 Complications au cours de la grossesse*

12 femmes (80 %) ont présenté des complications au cours de la grossesse.
Parmi ces complications, on retrouvait :
- 2 diabètes gestationnels
- 4 Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU)
- 2 pathologies vasculaires dont 1 compliquée d'une éclampsie avec état de mal convulsif chez la mère et induisant une prématurité chez les jumeaux
- 5 pathologies psychiatriques
- 1 pathologie infectieuse

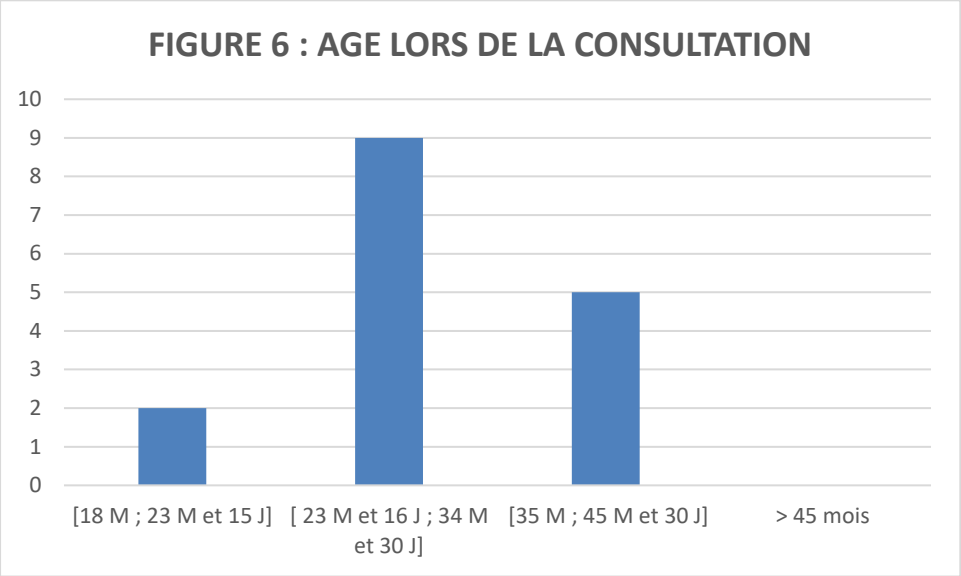



### 3.4.3 CONCERNANT L'ENFANT

Nous avions 50 % de filles et 50 % de garçons.

Tous les enfants sauf 2 (jumeaux) étaient nés à termes (87,5 %).
Le terme de naissance des jumeaux était de 33 SA ; ils étaient donc porteurs d'une prématurité légère.

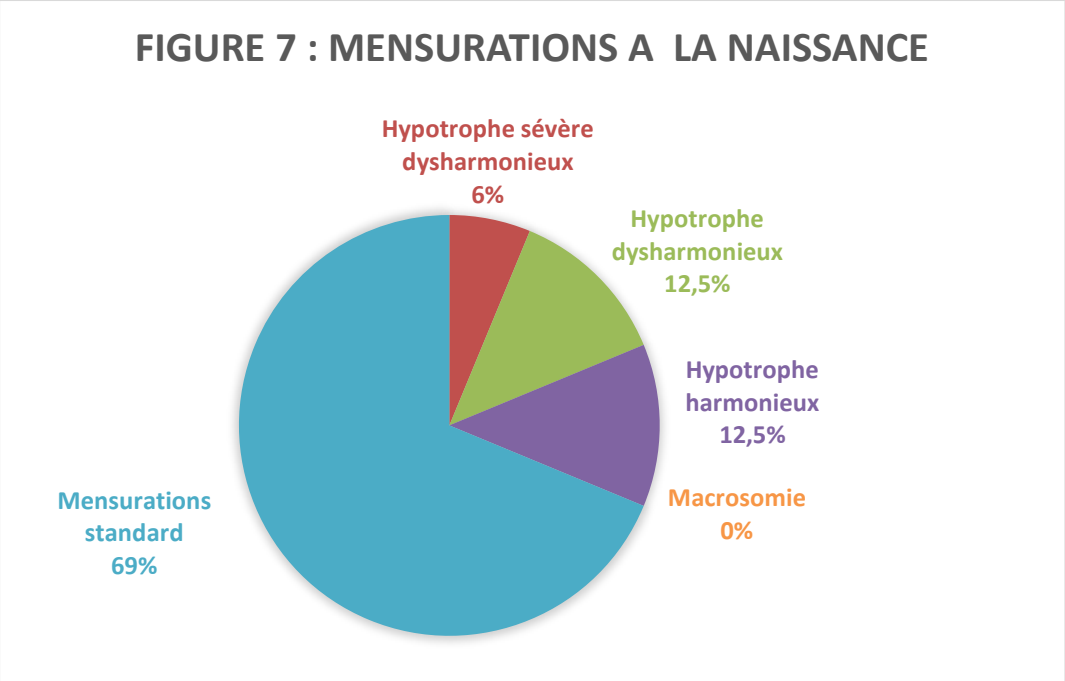
Lors des consultations, la tranche d'âge la plus représentée était celle entre 23 mois 16 jours et 34 mois 30 jours (56,2 %).
La moyenne d'âge était de 30 mois (min 18 mois ; max 47 mois).
L'âge corrigé était égal à l'âge réel pour tous les enfants sauf les jumeaux (2 mois d'écart).




*3.4.3.1 Mensurations à la naissance*

Parmi les 16 naissances, 5 enfants (31,2 %) étaient hypotrophes à la naissance (poids de naissance inférieur au 10ème percentile selon les courbes morphométriques AUDIPOG) dont :

- 1 hypotrophe sévère (poids de naissance inférieur au 3ème percentile) dysharmonieux
- 2 hypotrophes harmonieux
- 2 hypotrophes dysharmonieux




Pour 3 enfants, un Retard de Croissance Intra-Utérin (RCIU) avait été objectivé au cours de la grossesse.

Pour les jumeaux, il n'y avait pas de suivi de la grossesse mais la mère a présenté une éclampsie sévère à 33 SA nécessitant une césarienne en urgence.

Il n'y avait à priori aucune explication anténatale pour l'enfant présentant un retard de croissance intra-utérin sévère, orientant vers un Petit Poids pour l'Âge Gestationnel (PAG).

Aucun enfant n'était macrosome (au-delà du 90ème percentile selon les courbes morphométriques AUDIPOG).

Dans l'étude ELFE ou l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, un nouveau-né est considéré comme de petit poids de naissance s'il pèse moins de 2 500 grammes.
4 enfants de notre échantillon (25 %) correspondaient à cette définition.

#### *3.4.3.2 Complications à la naissance et gestes techniques spécialisés*

3 enfants (18,7 %) ont présenté des complications à la naissance dont 1 ayant nécessité une ventilation au masque et les 2 autres (jumeaux prématurés) ont été intubés et ont séjourné en néonatalogie durant plusieurs semaines.

1 des 2 jumeaux a présenté une cardiopathie sévère (Anomalous Left Coronary Artery from Pulmonary Artery = naissance anormale de la coronaire gauche à partir de l'artère pulmonaire) nécessitant une hospitalisation en Cardio-pédiatrie.

#### *3.4.3.3 Allaitement*

11 femmes (68,7 %) ont instauré un allaitement maternel exclusif, 1 (6,3 %) un allaitement artificiel et 3 (20 %) un allaitement mixte.

La durée de l'allaitement maternel était en moyenne de 13 mois (min 2 mois ; max 24 mois) avec une médiane à 15 mois.
5 femmes (31,3 %) ont allaité plus de 12 mois dont 2 jusqu'à 24 mois.

#### *3.4.3.4 Mensurations lors de la consultation*

Concernant les garçons :
- 1 enfant était en surpoids : poids supérieur au 97ème percentile et IMC au-delà de la courbe d'International Obesity Task Force (IOTF) -25 (repéré par un rond rouge sur les courbes).
- 2 enfants étaient en insuffisance pondérale grade 1 avec un poids inférieur au 10ème percentile et un IMC au-dessous de la courbe d'IOTF-18,5 (repéré par un rond vert sur les courbes).

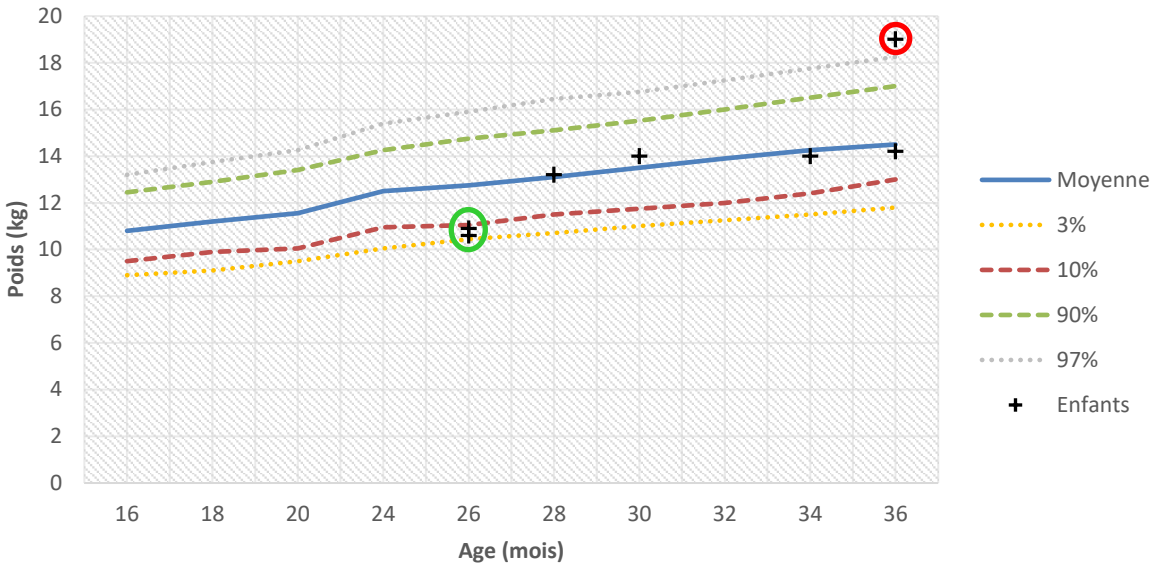
Concernant les filles :
- 2 enfants avaient un poids supérieur au 97ème percentile mais une seule était en surpoids avec un IMC au-delà de la courbe d'IOTF-25 (repéré par un rond rouge sur les courbes).
- 2 filles étaient en insuffisance pondérale grade 1 avec un poids inférieur au 10ème percentile pour l'une et inférieure au 3ème percentile pour l'autre. Leur IMC était au-dessous de la courbe d'IOTF-18,5 (repéré par un rond vert sur les courbes).

Parmi les enfants hypotrophes à la naissance :
- 3 avaient toujours un retard pondéral avec un poids entre le 3ème et le 1er percentile
- 2 avaient rattrapé leur retard de croissance.

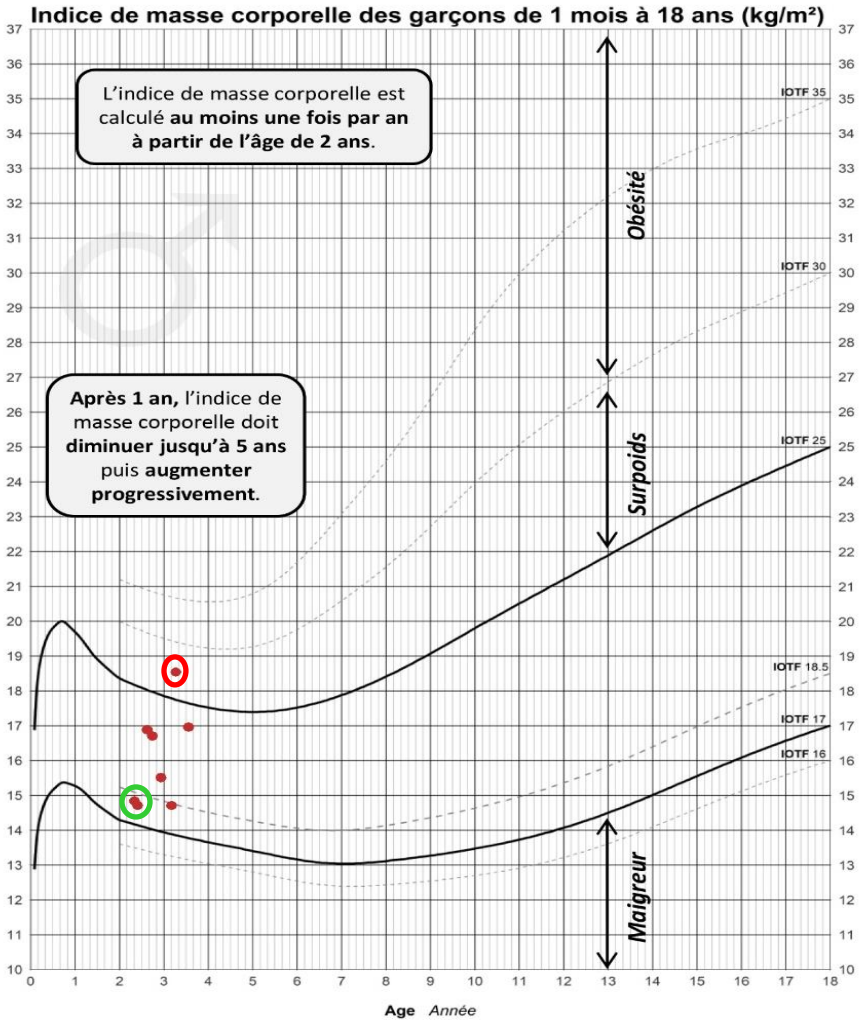
1 enfant dont les mensurations étaient dans les « normes » à la naissance présentait lors de la consultation une insuffisance pondérale de grade 1.

Nous avons reproduit les courbes de croissance pondérale présentes dans le carnet de santé, à partir de 16 mois et jusqu'à 36 mois.

## FIGURE 8 : RÉPARTITION DES POIDS DES GARÇONS SUR LA COURBE DE CROISSANCE PONDÉRALE

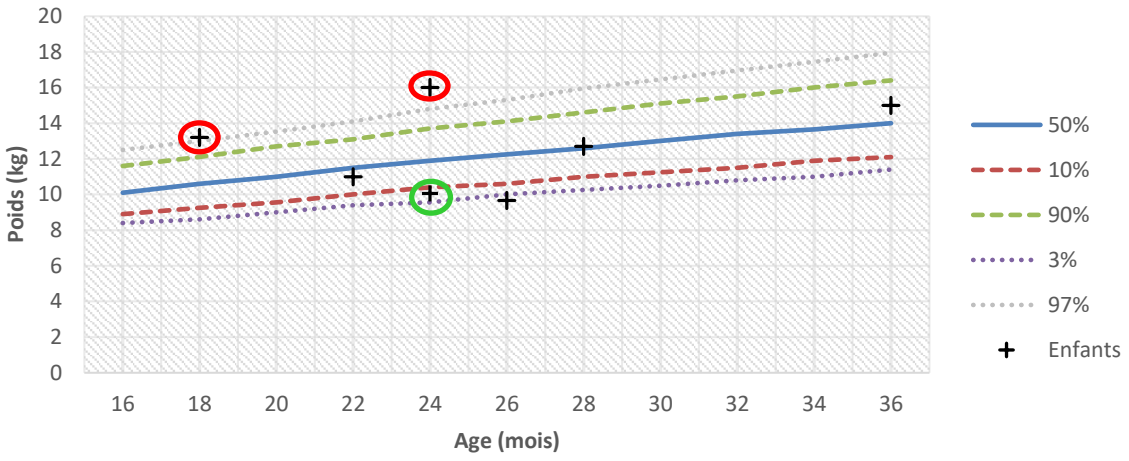



## FIGURE 9 : RÉPARTITION DES IMC DES GARCONS

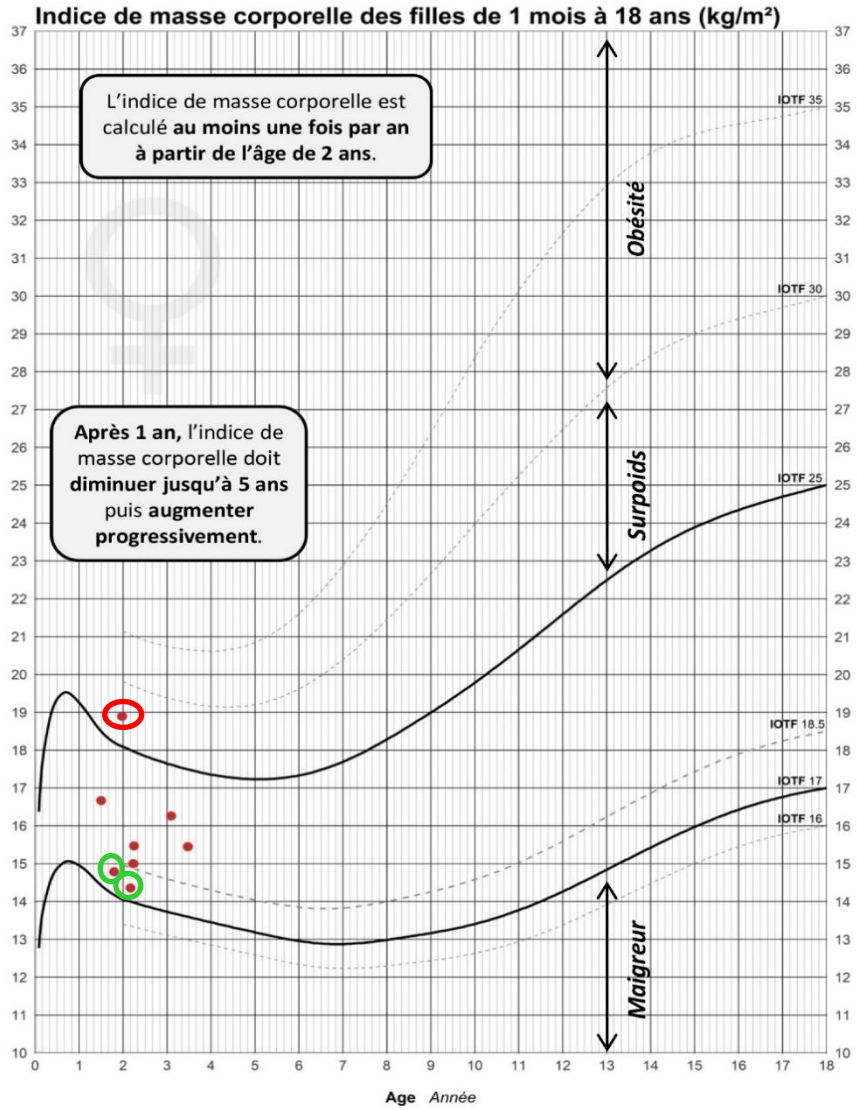



**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.
**Avant 2 ans :** courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

## FIGURE 10 : RÉPARTITION DES POIDS DES FILLES SUR LA COURBE DE CROISSANCE PONDÉRALE




## FIGURE 11 : RÉPARTITION DES IMC DES FILLES




**Après 2 ans :** courbes de l'International Obesity Task Force (IOTF). Cole TJ, Lobstein T. Pediatric Obesity 2012.
**Avant 2 ans :** courbes actualisées d'enfants nés à plus de 2500 g suivis par des médecins de France métropolitaine. Courbes AFPA – CRESS/INSERM – CompuGroup Medical, 2018.

#### *3.4.3.5 Prise en charge sanitaire*

Tous les enfants avaient un suivi médical régulier : pour 10 enfants (62,5 %), le suivi médical était coordonné par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) et un médecin généraliste ; 3 enfants (18,7 %) étaient suivis par un médecin généraliste uniquement et 3 par un pédiatre.

13 enfants (81,2 %) n'avaient aucune prise en charge complémentaire. 2 (les jumeaux nés prématurément) étaient suivis pas le Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) avec coordination des soins en psychomotricité, orthophonie et prise en charge psychologique familiale. 1 enfant allait régulièrement chez l'orthoptiste en libéral.

10 enfants (62,5 %) étaient accueillis en crèche, 2 chez une assistante maternelle, 1 enfant était exclusivement gardé par sa mère.
3 (18,7 %) étaient scolarisés.

#### *3.4.3.6 Risque de saturnisme*

Pour 1 enfant (6,2 %), nous avions un doute à l'interrogatoire concernant l'utilisation d'ustensiles de cuisine traditionnels pouvant induire une exposition au plomb.
La mère n'a pas autorisé la prise de sang pour son enfant malgré nos explications, probablement dû au fait qu'il n'y avait qu'un seul facteur de risque objectivé.
Dans ce contexte, le risque d'exposition a été consigné dans le carnet de santé et la pédiatre de la PMI de secteur en a été informée pour réévaluer le risque lors d'une consultation ultérieure et reproposer un dépistage sanguin le cas échéant.

#### *3.4.3.7 Vaccinations*

Pour 1 enfant, nous n'avions pas le carnet de santé lors de la consultation.
Pour 15 autres, les vaccinations obligatoires et recommandées étaient à jour. Pour tous les enfants, la vaccination avait démarré à l'âge recommandé, c'est-à-dire 2 mois.

#### *3.4.3.8 Examen somatique*

Le test à la voix chuchotée (dépistage auditif) était normal pour l'ensemble des enfants.

1 enfant (6,2 %) présentait des caries et nous l'avons orienté vers un dentiste.

1 enfant semblait présenter des troubles ophtalmologiques. Nous avons pris un rendez-vous en urgence pour une consultation au CHU.

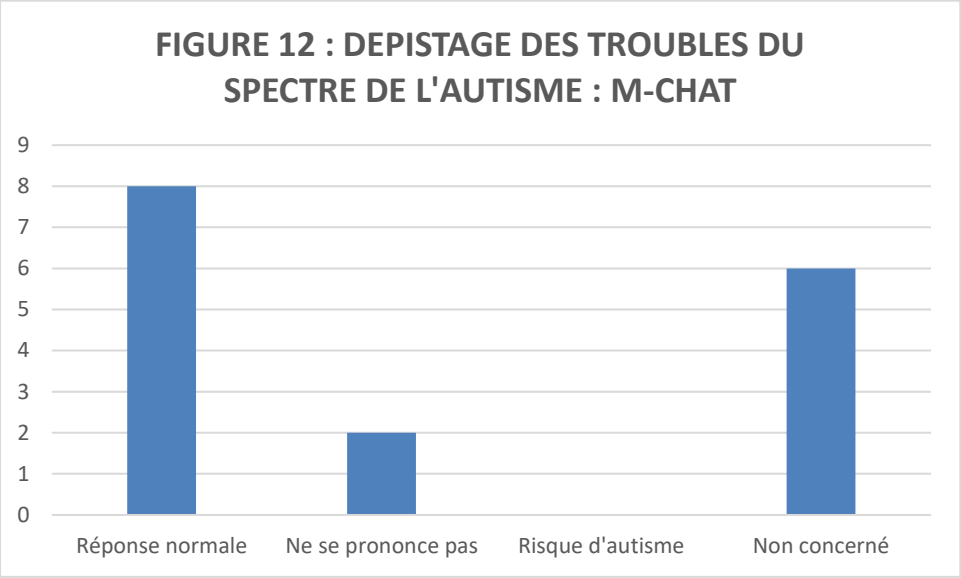
#### *3.4.3.9 Bilinguisme*

15 enfants sur les 16 (93,7 %) évoluaient dans un environnement au moins bilingue.

#### *3.4.3.10 Dépistage des troubles du spectre de l'autisme*

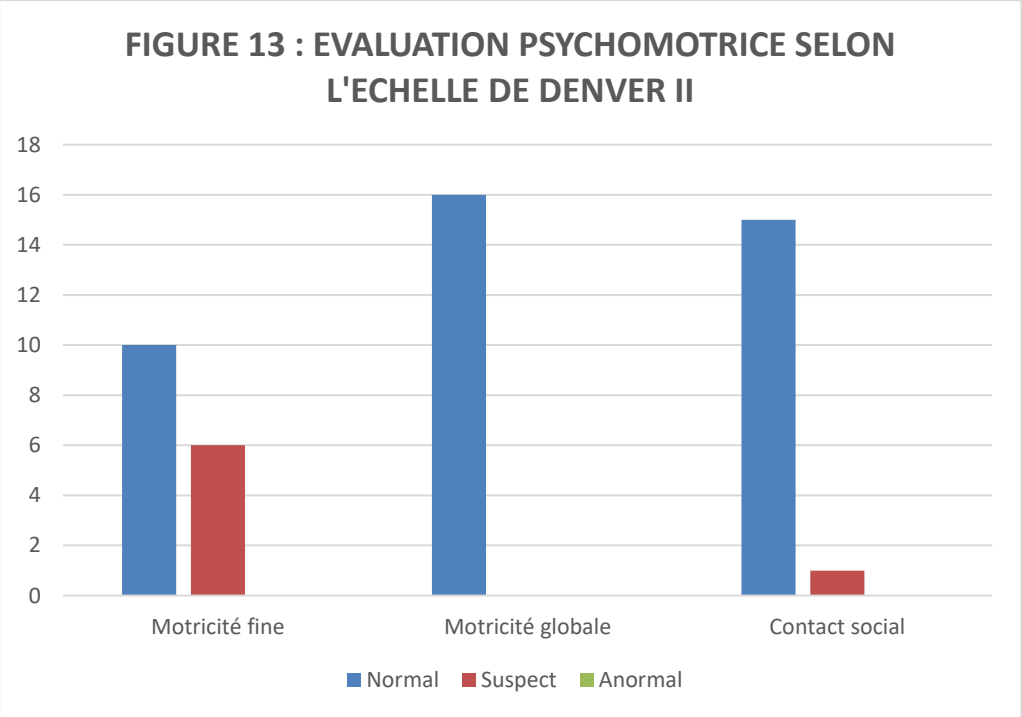
6 enfants avaient plus de 30 mois et n'étaient donc pas concernés par le M-CHAT.
8 enfants sur les 10 restants (80 %) obtenaient une réponse normale.
Pour 2 enfants, nous n'avons pas pu conclure quant au dépistage d'un TSA du fait d'une divergence trop importante entre les réponses données par la mère et ce que nous avons constaté en consultation (« ne se prononce pas ») : en effet, la maman rapportait que l'enfant regardait dans les yeux, répondait à son prénom, participait à des jeux d'imitation ou encore suivait du

regard lorsqu'elle pointait quelque chose ce que nous n'avons pas observé pendant le temps de rencontre.. Aucun de ces 2 enfants n'était qualifié de « suspect » avec l'échelle de Denver II.




*3.4.3.11 Bilan psychomoteur*

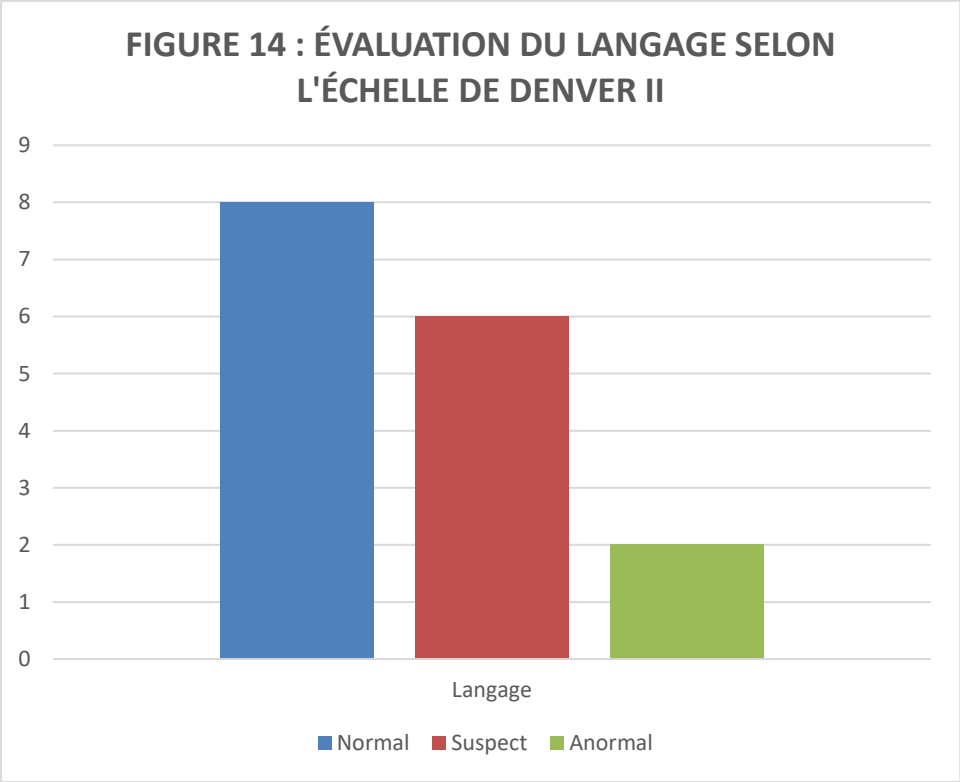
On ne constatait aucune anomalie de développement dans le champ de la motricité globale.
Concernant la motricité fine, 6 enfants (37,5 %) avaient un niveau de développement considéré comme « suspect ».
Seulement 1 enfant présentait un niveau « suspect » concernant le contact social.




*3.4.3.12 Évaluation du langage*

- Selon l'échelle de Denver II :

37,5 % des enfants présentaient un niveau de langage considéré comme « suspect ».
12,5 % des enfants avait un niveau de langage « anormal ».




- Concernant le DPL3 :
5 enfants étaient en âge de passer le DPL3.
Parmi eux, 2 (40 %) avaient un niveau de langage « satisfaisant », 1 (20 %) était noté comme « fragile » et 2 (40 %) étaient « en difficulté ».

On retrouvait une corrélation entre le Denver et le DPL3 :
- 1 enfant dont le langage était considéré comme « suspect » au Denver, était repéré comme « fragile » par le DPL3
- 1 enfant « suspect » au Denver était « en difficulté » au DPL3
- 1 enfant présentant un « retard » au Denver était « en difficulté » au DPL3

*3.4.3.13 Difficultés de comportement*

- Selon la mère : 2 mères (13,3 %) rapportaient des difficultés de comportement avec leur enfant : colère difficilement maîtrisable avec possible agressivité, intolérance à la frustration notamment.

- Au cours de la consultation : nous avons objectivé des difficultés de comportement pour 7 enfants (43,8 %). Pour 5, elles étaient « modérées » et pour 2 « importantes » : refus de se détacher de la mère ; refus d'accomplir les consignes demandées ; capacité d'attention pauvre et limitée ; agitation motrice envahissante et entravant la passation du test de Denver.

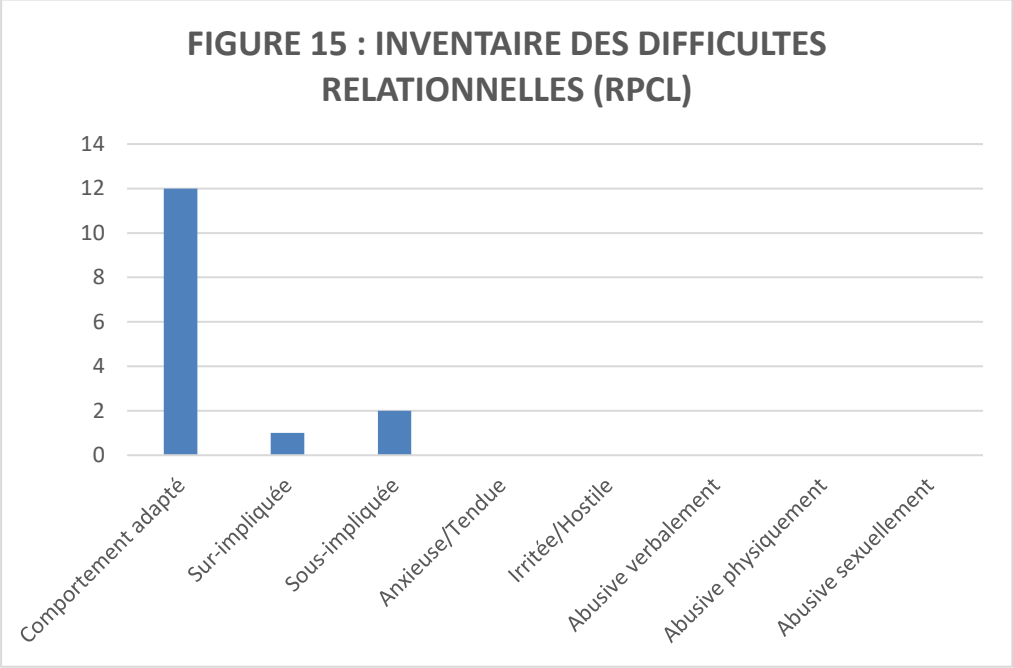
Parmi les 7 enfants, 2 étaient ceux dont les mères éprouvaient des difficultés de comportement à la maison. Pour l'un nous avons constaté des difficultés « modérées », pour l'autre des difficultés « importantes ».

Pour les 5 autres enfants, les mères expliquaient qu'ils n'avaient pas le même comportement dans un environnement connu et habituel (à la maison ou à la crèche par exemple).

Nous avons contacté la crèche –après accord de la mère- pour 3 enfants au décours de la consultation lorsque les difficultés de comportement –inhibition ou agitation- avaient entravé la passation des tests ; permettant ainsi de croiser les regards et connaître un peu mieux l'enfant dans un contexte connu et habituel. Cela permettait de confirmer ou non notre observation.

#### *3.4.3.14 Évaluation de la relation mère-enfant par le RPCL*

Pour la majorité des dyades (75 %), le comportement de la mère était adapté.
1 mère présentait des éléments de sur-implication, 2 femmes présentaient des éléments de sous-implication, nécessitant une évaluation complémentaire.
Pour 2 femmes sur les 3, un suivi psychologique était déjà en place.




#### *3.4.3.15 Prise en charge proposée*

Dans la population étudiée, 4 enfants (25 %) ne présentaient aucun élément suspect tant sur le plan psychomoteur que langagier, comportemental ou somatique. Nous ne leur avons donc proposé aucune recommandation de soin.
Nous avons proposé une surveillance rapprochée par le pédiatre de PMI/crèche pour 5 enfants (31,2 %) : 2 concernant le langage uniquement et 3 pour les difficultés interactionnelles prépondérantes.
Une prise en charge orthophonique a été demandée pour 3 enfants (18,75 %) pour retard de langage.
Nous avons orienté 2 enfants (12,5 %) en CMPEA et avons confirmé la prise en charge au CAMSP pour les 2 enfants déjà suivis et pour lesquels l'observance thérapeutique était limitée.
1 enfant nécessitait une prise en charge dentaire et 1 un avis ophtalmo.

Le Denver n'étant qu'un test de dépistage et au vu de la particularité de la consultation (milieu et individus inconnus), nous n'avons préconisé qu'une surveillance rapprochée pour les enfants présentant une « suspicion de retard » dans le champ de la motricité fine. Lorsque celle-ci était

associée à des difficultés de comportement ou d'autres difficultés cognitives, nous avons orienté l'enfant vers un CAMSP ou un CMPEA.

Concernant le langage : pour les enfants dont le niveau de langage était repéré comme suspect par le Denver mais sans test de dépistage spécifique (car l'enfant n'avait pas encore l'âge pour le DPL3), nous avons préconisé une surveillance rapprochée uniquement.
Pour l'enfant n°8, nous avons proposé une surveillance rapprochée du langage sans prise en charge orthophonique car le DPL3 le considérait comme « fragile ».
Pour l'enfant n°12, nous avons également proposé une surveillance rapprochée du langage malgré un statut « en difficulté » au DPL3 : l'enfant avait 35 mois et demi et la langue maternelle était prépondérante.

Concernant les 7 enfants présentant des difficultés de comportement :
- 2 étaient déjà suivis au CAMSP
- nous en avons orienté 2 vers un CMPEA
- pour 2 enfants la crèche ne confirmait pas nos observations
- pour 1 enfant, la psychologue de la crèche était déjà informée de ses difficultés et rencontrait déjà régulièrement la mère.

Tableau 2 : Récapitulatif des données de l'échelle de Denver II, du DPL3, des difficultés de comportement, de l'Inventaire des difficultés relationnelles et de la prise en charge proposée.

| Enfant | Âge (mois) | Motricité fine | Motricité globale | Contact social | Langage | DPL3 | Comportement | RPCL | Prise en charge proposée |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 27 | A | A | A | A | NC | A | A | Dentiste |
| 2 | 26 | Suspect | A | A | Suspect | NC | Difficile | Sous-impliquée | CAMSP |
| 3 | 26 | Suspect | A | A | Suspect | NC | Très difficile | Sous-impliquée | CAMSP + Ophtalmo |
| 4 | 26 | A | A | A | Suspect | NC | Difficile | A | Surveillance rapprochée globale |
| 5 | 18 | Suspect | A | A | A | NC | Très difficile | A | CMPEA |
| 6 | 37 | A | A | A | A | A | A | A | 0 |
| 7 | 42 | A | A | A | A | A | A | A | 0 |
| 8 | 37 | A | A | A | Suspect | Fragile | A | A | Surveillance rapprochée langage |
| 9 | 27 | A | A | A | A | NC | A | A | 0 |
| 10 | 31 | Suspect | A | A | Suspect | NC | Difficile | Sous-impliquée | CAMSP ou CMPEA + Orthophonie |
| 11 | 33 | Suspect | A | Suspect | Retard | NC | Difficile | A | Surveillance rapprochée + Orthophonie |
| 12 | 36 | A | A | A | Suspect | En difficulté | A | A | Surveillance rapprochée langage |
| 13 | 42 | A | A | A | Retard | En difficulté | A | A | Orthophonie |
| 14 | 24 | A | A | A | A | NC | A | A | 0 |
| 15 | 29 | Suspect | A | A | A | NC | Difficile | Sur-impliquée | Surveillance rapprochée globale + suivi psychologique maternel |
| 16 | 22 | A | A | A | A | NC | A | A | 0 |

A : adapté – NC : non concerné – 0 : aucune prise en charge

CAMSP : Centre d'Action Médicale Sociale Précoce – CMPEA : Centre Médico Psychologique pour l'enfant et l'adolescent

# 4 DISCUSSION

## 4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Sur les 52 dossiers présentés en RCP « Périnatalité-Grande Vulnérabilité », 20 femmes (38,5 %) étaient totalement injoignables/n'ont pu être retrouvées. Nous avons rencontré 15 femmes (28,9 %) (16 enfants).

4 femmes (26,7 %) de l'étude peuvent aujourd'hui être considérées comme totalement « intégrées ».
Pour 3 enfants parmi ces 4 dyades, aucun suivi n'a été proposé au décours de la consultation.

2 enfants sur les 16 (12,5 %) étaient nés prématurément, une paire de jumeaux. L'un des 2 a présenté une cardiopathie sévère nécessitant une chirurgie cardiaque puis une hospitalisation longue en cardio-pédiatrie et néonatalogie.
4 enfants avaient un « petit poids de naissance » (inférieur à 2500 g).
3 enfants dont les jumeaux ont nécessité des gestes spécialisés en salle de naissance.

Au moment de la consultation, 2 (12,5 %) enfants étaient en surpoids (IOTF>25) et 4 (25 %) en insuffisance pondérale légère (IOTF<18,5).

Tous les enfants bénéficiaient d'un suivi médical régulier, dont 10 par la PMI (62,5 %).
Il y avait un possible risque d'exposition au plomb pour 1 enfant.
Tous les enfants étaient à jour de leurs vaccinations, obligatoires et recommandées. La vaccination avait débuté à 2 mois pour tous.

8 enfants sur les 10 pour lesquels nous avons réalisé le M-CHAT, obtenaient une réponse normale. Pour les 2 autres, l'interrogatoire maternel et l'observation que nous avons faite de l'enfant étaient tellement discordants que nous avons choisi de ne pas conclure.

Concernant le développement psychomoteur des enfants, évalué par l'échelle de Denver :
- 6 présentaient un développement considéré comme « suspect » concernant la motricité fine (37,5 %).
- Le contact social était à surveiller pour 1 enfant

Concernant le langage, évalué par l'échelle de Denver et par le DPL3 au-delà de 3 ans :
- 6 (37,5 %) avaient un niveau de langage repéré comme « suspect » et 2 (12,5 %) comme « anormal » sur l'échelle de Denver.
- 1 enfant sur 5 (20 %) avait un niveau de langage « fragile » et 2 (40 %) étaient « en difficulté » selon le DPL3.

Nous avons objectivé des difficultés de comportements au cours de la consultation pour 7 enfants (43,8 %).

L'inventaire des difficultés relationnelles (RPCL) retrouvait pour 1 femme des éléments de sur-implication et pour 2 des éléments de sous-implication.

Au décours de la consultation, nous avons proposé :
- une surveillance rapprochée pour 5 enfants (31,2 %)
- une prise en charge orthophonique pour 3 enfants (18,8 %)
- une prise en charge en structure type CAMSP ou CMPEA pour 4 enfants (25 %)

## 4.2 ANALYSE DES RÉSULTATS

### 4.2.1 RÉGION D'ORIGINE

Dans l'Enquête nationale périnatale (ENP) (77) réalisée en France Métropolitaine en 2016, 14,1 % des femmes qui ont accouché n'étaient pas de nationalité française. Elles étaient majoritairement originaires d'Afrique du Nord (35 %) contrairement aux patientes de notre cohorte qui arrivaient pour la plupart d'Afrique de l'Ouest (67 %) et notamment du Nigéria. Seulement 6 % des femmes de notre étude venaient d'Afrique du Nord. Dans l'étude PreCARE réalisée en 2012 en Ile de France, dans le groupe « Précarité », 25,5 % des femmes venaient d'Afrique du Nord et 29,4 % d'Afrique Subsaharienne (78).

On peut supposer qu'il existe à Bordeaux un «réseau» pour ces femmes originaires d'Afrique de l'Ouest, fuyant la pauvreté et la guerre… très probablement un réseau de prostitution.

### 4.2.2 DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES, INDICES DE PRÉCARITÉ

Pour rappel, 86,7 % des femmes de notre population étaient en situation irrégulière. Dans PreCARE, la situation irrégulière était un des facteurs de risque de suivi de grossesse inadéquat chez les femmes d'Afrique subsaharienne [RR = 1,2 (1,0-1,4)].

100 % des femmes de notre étude bénéficiaient d'un logement instable (lit halte soins santé, centre d'accueil d'urgence, chez une connaissance, hôtel) au moment de la RCP. Pour la population migrante de l'étude PreCARE, cet indice de précarité n'était pas un facteur de risque de mauvais suivi de la grossesse. Il l'était en revanche, de manière significative pour les femmes non migrantes.

Dans l'ENP, les femmes bénéficiant de l'Aide médicale d'État (AME) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU) étaient respectivement de 1,1 % et 11,7 % contre 80 % et 20 % dans notre population.
On peut supposer que c'est la précocité de la prise en charge sociale et la qualité du suivi par le travailleur social qui ont permis d'obtenir une couverture médicale malgré la situation irrégulière de la majorité des femmes.

Dans notre travail, 73,3 % des femmes s'étaient déclarées seules, ne vivant pas avec le père. C'est beaucoup plus que dans l'étude ELFE conduite en France en 2011 (79) dans laquelle seulement 10,5 % des femmes migrantes vivaient seules.
Comment expliquer une telle différence entre notre échantillon et celui d'ELFE ? Est-ce du fait de l'origine migratoire ? Les femmes d'ELFE étaient-elles en France depuis plus longtemps que celles de notre échantillon et avaient donc pu tisser de nouveaux liens ? Les femmes de notre cohorte étaient-elles « plus vulnérables » ?

### 4.2.3 LA FRATRIE

Pour 44,4 % des familles rencontrées en consultation, des frères et sœurs étaient encore au pays.
Dans le rapport de Mme Emerenko pour la Journée Scientifique de la cohorte ELFE en mars 2017, on note que pour 14 % des familles incluses, des frères ou sœurs (de la même mère) vivent ailleurs (80).

Pendant les consultations, nous avons constaté que cette situation pouvait provoquer un état de stress pour les mamans et que c'était une priorité pour celles-ci de faire venir leurs autres enfants en France dès l'obtention d'un droit de séjour.

### 4.2.4 SUIVI DE LA GROSSESSE

Dans notre étude, pour 60 % des femmes, la PMI a été sollicitée pour le suivi de la grossesse. Bien souvent, les sages-femmes de PMI étaient même les premières interlocutrices de ces patientes, les orientant alors vers le CHU pour le suivi échographique. Ces dernières sollicitaient régulièrement la RCP pour discuter de ces femmes en grande vulnérabilité. Cependant, notre étude ne permet pas de savoir si le lien avec la PMI est prédictif d'un meilleur suivi de la grossesse ou si le nombre de femmes ayant un suivi inadéquat de leur grossesse serait plus important sans leur soutien.

1 femme seulement n'a eu aucun suivi, tout au long de la grossesse.

Au sein de notre échantillon, 60 % des femmes ont eu les 3 échographies de référence dans les temps (entre 11 et 14 SA, puis entre 21 et 24 SA, puis entre 31 et 34 SA) et 20 % n'ont eu qu'une seule échographie au 3ème trimestre de grossesse.

Dans l'étude PreCARE, plus une femme cumulait des facteurs de précarité, plus elle était à risque d'un mauvais suivi anténatal (78). À noter dans cette étude que l'immigration récente était le plus important facteur de risque d'un suivi de grossesse inadéquat (pour les femmes d'Afrique Subsaharienne : [RR = 1,7 (1,4-1,9)]).
Dans la littérature, on retrouve un certain nombre de facteurs prédictifs d'un suivi de grossesse inadéquat chez les femmes migrantes : jeune âge (<20 ans), multiparité, mère seule, niveau d'éducation bas et difficultés à parler la langue du pays d'accueil, grossesse non attendue, absence d'assurance maladie (81).

### 4.2.5 COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE

- Pathologie vasculaire :
Dans notre échantillon, 13,3 % des femmes ont présenté des complications vasculaires, type pré-éclampsie alors qu'une HTA était diagnostiquée pendant la grossesse chez 4,3 % des femmes dans la population générale de France métropolitaine.
Dans l'étude PreCARE, la précarité est retenue de manière significative comme un facteur de risque de pré-éclampsie sévère et de complication thromboembolique (82).
Dans la revue de la littérature réalisée par Van Den Akker, le taux de pré-éclampsie était significativement plus élevé chez les femmes migrantes (83).

- Pathologie psychiatrique :
Dans notre étude, 33,3 % des femmes ont présenté une pathologie psychiatrique avérée (diagnostic posé ou non), suivies par l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité et Migrants et/ou en psychiatrie périnatale.
Nous ne sommes pas en mesure de savoir si toutes les femmes présentant une pathologie psychiatrique ont été repérées et le cas échéant, à quelle date elles l'ont été.
Dans l'étude ELFE portant sur la population générale française, 12,6 % des femmes rapportaient un stress psychologique au cours de la grossesse ; 25 % d'entre elles avaient bénéficié d'un suivi spécialisé et 11 % avaient pris un traitement adapté (84).

Dans la cohorte d'EDEN, un syndrome dépressif associé à des troubles anxieux semblait accroître le risque de prématurité spontanée (Odds Ratio: 2.46 [1.22–4.94]) (85).

### 4.2.6 TERME ET POIDS DE NAISSANCE

Dans notre travail, 1 femme sur 15 (6,7%) a accouché prématurément, entre autre dans un contexte de gémellarité, qui est un facteur de risque de prématurité. Nous n'avions pas de naissance prématurée en cas de grossesse unique. Dans l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, l'incidence de la prématurité était de 6 % en cas de naissance unique et 7,5 % en cas de grossesse gémellaire.
Dans l'étude sur la Santé Périnatale des femmes étrangères, le taux de prématurité en 2010 variait selon l'origine ethnique : il était de 6,7 % pour les femmes françaises et de 10,7 % pour les femmes d'Afrique subsaharienne.

Dans notre étude 31,2 % (n=5) étaient hypotrophes en fonction du terme et 25 % (n=4) considérés comme petit poids de naissance.
Dans l'ENP, 8,2 % des naissances vivantes présentaient un petit poids de naissance en France Métropolitaine contre 12,6 % dans les Départements et Régions d'Outre-Mer.
La surreprésentation de nouveau-nés hypotrophes dans notre cohorte peut potentiellement s'expliquer par le fait que les femmes étaient d'origine subsaharienne, ce qui semble être un facteur de risque d'hypotrophie comme objectivé dans l'ENP : le taux d'hypotrophie était de 9,1 % pour les femmes françaises contre 9,5 % pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (différence significative).
Pour les femmes originaires d'autres pays, il n'y avait pas de différence significative, ni pour la prématurité, ni pour l'hypotrophie.

A noter que dans mon mémoire portant sur le suivi des 52 femmes de la RCP, le taux de prématurité était de 9,6% (n=5) et le taux d'hypotrophes était de 11,5% (n=6).
Cela nous montre que nos résultats sont à pondérer du fait du très faible échantillonnage dans le travail de thèse.

La littérature s'accorde à dire qu'il existe un risque accru global de morbi-mortalité néonatale au sein des populations migrantes (86) (87), mais sans pouvoir expliquer à quel facteur de risque spécifique cela est relié (88).

### 4.2.7 SYNDROME DÉPRESSIF MATERNEL ET ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Dans notre étude, 1 seule femme (6,7 %) aurait présenté un syndrome dépressif au cours de la grossesse.
D'après le test de dépistage rapide MINI, un syndrome dépressif était fortement improbable dans 86,7 % des cas.

Au cours de la grossesse, pour 3 femmes (20 %) seulement, un diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique a été posé.
D'après le MINI, le diagnostic d'ESPT était fortement improbable pour 60 % des femmes.

Ces données sont en contradiction avec celles retrouvées dans la littérature :
Dans le travail de M. Dupré, il n'a pu écarter de manière à peu près certaine un Épisode Dépressif Majeur que chez 4 femmes (25 %) et un État de Stress Post-Traumatique que chez 6 d'entre elles (38 %) (59).

Dans la population générale en France, 7,8 % des femmes ont présenté un épisode dépressif au cours de leur vie (89).
Dans une étude suisse de 2014 portant sur le stress périnatal des femmes migrantes allophones, la prévalence de la dépression prénatale était de 52 % et celle de la dépression postnatale de 33 %.
Dans l'enquête « Enfants et Familles Sans logement » (ENFAMS) réalisée par le Samu Social de Paris en Ile de France en 2013, la prévalence du syndrome dépressif était de 28,8 % et pouvait être fréquemment associé à un état de stress post-traumatique (PR = 1.97, 95 % CI 1.50; 2.60) (90).

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour comprendre ces différences majeures :
- biais d'information au moment du recueil des données médicales dans les dossiers de la RCP
- biais de subjectivité et de non-réponse au moment de la consultation : il était parfois délicat de poser les questions du MINI et d'avoir une réponse évidente. Au cours de la consultation, nous ne sommes pas revenus sur les antécédents psychiatriques de la maman au cours de la grossesse.

### 4.2.8 L'ALLAITEMENT

75 % des femmes de l'étude ont allaité.
La durée de l'allaitement maternel (qu'il soit exclusif ou mixte) dans notre étude était en moyenne de 13 mois.

A ce jour, l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois (la définition de l'allaitement maternel exclusif étant : enfant recevant uniquement du lait maternel à l'exclusion de toute autre boisson, y compris de l'eau).

En France en 2016, selon les données de la DREES, le taux d'allaitement à la naissance était de 68,1 % (91).
D'après les données de l'étude ELFE en 2011, le taux d'allaitement chute très rapidement après la sortie de la maternité : 38 % des nourrissons sont encore allaités à 4 mois, 19 % à 6 mois et 5,3 % à un an. La durée moyenne d'allaitement en France est ainsi de 17 semaines (7 semaines en exclusif) (92).
Toujours d'après ELFE, la durée de l'allaitement exclusif est réduite chez les femmes ayant moins de 30 ans, vivant seules ou encore lorsqu'elles ont un niveau d'étude intermédiaire (92). Mais cet impact négatif de la précarité est pondéré par le fait que les femmes de notre étude étaient d'origine étrangère.
Les études EDEN et EPIFANE confirment le fait que la durée de l'allaitement maternel exclusif est plus importante lorsqu'un membre de la famille est d'origine étrangère (un des parents ou grands-parents) et lorsque la mère n'a pas à retourner travailler avant 4 mois (93) (94).

L'allaitement maternel est une pratique universelle en Afrique de l'ouest. Les taux d'initiation de l'allaitement maternel sont au-dessus de 90 % dans tous les pays et les enfants sont allaités sur une longue période (en moyenne 20 mois) (95). Les femmes de notre étude étant majoritairement originaires d'Afrique de l'Ouest, on peut donc -au moins en partie- comprendre que le taux d'initiation à la naissance d'allaitement maternel est plus important dans notre échantillon, du fait de cette imprégnation culturelle.

### 4.2.9 LA CROISSANCE STATURO-PONDÉRALE

Dans notre étude, 2 enfants (12,5 %) étaient en surpoids avec un IMC au-delà de la courbe d'IOTF-25 et 4 enfants (25 %) étaient en insuffisance pondérale grade 1 avec un IMC au-dessous de la courbe d'IOTF-18,5.

Lors de l'enquête de Médecins du Monde, 2 enfants sur les 16 ayant été pesés et mesurés présentaient une insuffisance pondérale d'après les courbes de corpulence du PNNS12, soit 12,5 % des enfants (96)
Cependant, une étude réalisée à partir de la population d'EDEN (femmes enceintes et leurs nouveau-nés inclus entre 2003 et 2006 aux CHU de Nancy et Poitiers) montrait que dans les familles avec un faible statut socio-économique, le régime alimentaire était basé sur des aliments transformés et une restauration rapide (97).
Une étude menée en Autriche en 2014 montrait que le statut de migrant était pourvoyeur de surcharge pondérale voire d'obésité dans l'enfance (98).

Par ailleurs, une étude canadienne mettait en lumière que les mères seules, à faible revenu pouvaient compromettre leurs propres apports nutritionnels afin de préserver l'adéquation du régime alimentaire de leurs enfants (99).

Il existe à ce jour peu d'études concernant la croissance staturo-pondérale des enfants avant 5 ans dans un contexte de migration et de précarité.

### 4.2.10 LE RISQUE DE SATURNISME

Pour 1 enfant de l'étude (6,2 %) il y avait un doute sur le risque de saturnisme du fait de l'utilisation d'ustensiles de cuisine traditionnels. Il n'a cependant pas été possible de savoir exactement si le plat était en céramique artisanale ou en alliage métallique contenant du plomb. La maman n'a pas accepté le bilan sanguin pour son enfant malgré nos explications.

Entre 1995 et 2002, 47 % des enfants primo-dépistés pour le saturnisme étaient originaires d'Afrique subsaharienne, 23 % d'Afrique du Nord ou de Méditerranée orientale (40).
En 2017 en France, environ 4 400 enfants ont bénéficié d'un 1$^{er}$ dosage de la plombémie (dépistage en population ciblée). Parmi eux, près de 530 enfants avaient une plombémie $\geq$ 50 µg/L.
En Gironde en 2017, 49 enfants ont eu un dosage de plombémie et 4 cas de saturnisme ont été recensés (40).

Pour aucun autre enfant nous n'avons objectivé de facteur de risque de saturnisme à l'interrogatoire de la maman.
Il n'était cependant pas toujours évident d'être bien comprises lors de l'interrogatoire de la maman ou cette dernière pouvait répondre par la négative du fait de la méconnaissance de l'environnement (présence de plomb dans les canalisations, habitat proche d'un site industriel…).

D'après l'interrogatoire des mères, il semblerait que la majorité des logements proposés à ces femmes soient décents et relativement bien entretenus.
Il serait intéressant de proposer un dépistage systématique des facteurs de risque de saturnisme aux femmes enceintes migrantes, lorsqu'elles sont repérées en période périnatale par les équipes médico-sociales. En effet, dans notre étude plusieurs femmes vivaient en squat au moment de la RCP et donc peut-être plus à risque de saturnisme.

### 4.2.11 LA VACCINATION

Tous les enfants de l'étude sont à jour de leurs vaccins obligatoires et non obligatoires, quel que soit l'âge d'inclusion.
Les premiers vaccins ont été réalisés à 2 mois de vie pour l'ensemble des enfants donc sans retard.
La couverture vaccinale est donc meilleure dans cette population vulnérable que pour l'ensemble de la population française (100).
En effet, la couverture vaccinale pour les 2 premières injections contre la Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche et Haemophilus influenzae b est proche de 100 % en 2016 (pour les enfants nés en 2014) ; la couverture pour la dose de rappel étant un peu inférieure, avec 96 % de couverture pour DTP et pour Coqueluche, et 95 % pour Haemophilus influenzae b.
Concernant le ROR (rougeole, oreillons, rubéole), la couverture vaccinale était de 90,3 % pour la première injection et de 80,1 % pour la 2ème injection.
98 % des enfants de la population française reçoivent la 1ère injection contre l'hépatite B. 95,1 % des enfants reçoivent le rappel à 4 mois.
Concernant le vaccin contre le méningocoque C, en 2017 (pour les enfants nés en 2015), la couverture vaccinale dans la population générale était de 72,4 %, donc bien moins importante que pour les patients de notre étude.

Dans l'étude de Bouhamam et al. réalisée aux urgences pédiatriques de Marseille entre 2009 et 2010, la couverture vaccinale était bien moindre comparée à notre population mais leur échantillon était composé d'enfants de 9 mois à 7 ans : elle était de 87 % pour la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), *Haemophilus influenzae* type b et coqueluche, de 69 % pour le bacille de Calmette et Guérin (BCG), de 77 % pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), de 74 % pour le pneumocoque (vaccin conjugué) et de 55 % pour l'hépatite B. Le retard de vaccination DTP était majeur chez les enfants non scolarisés (OR = 2,5), ceux dont les parents parlaient mal ou pas le français (OR = 5,7), ceux vivant en caravane ou en squat (OR = 11,5) ou ceux bénéficiant de l'aide médicale d'état ou d'aucune assurance maladie française (OR = 12,8). Les enfants bénéficiant de la couverture maladie universelle ou suivis en consultation de protection materno-infantile (PMI) étaient mieux vaccinés par le BCG et contre l'hépatite B (101).

On peut émettre l'hypothèse que c'est le suivi assidu et régulier par la PMI qui a permis une telle couverture vaccinale pour les enfants de notre étude. Des études complémentaires pourraient confirmer ou non cette supposition.
Il serait aussi intéressant de connaitre la couverture vaccinale de ces enfants après 6 ans (pour le rappel de l'héxavalent), alors que le suivi de la PMI s'est interrompu à l'entrée à l'école pour la majeure partie des enfants.

### 4.2.12 DÉVELOPPEMENT COGNITIF DE L'ENFANT

#### *4.2.12.1 Développement du langage et de la parole*

Dans notre étude, le langage était la composante du développement cognitif la plus touchée.
En effet, 37,5 % avaient un niveau de langage repéré comme « suspect » et 12,5 % comme « anormal » sur l'échelle de Denver.
20 % avait un niveau de langage « fragile » et 40 % étaient « en difficulté » selon le DPL3.

Dans la thèse de Mme Martin « Vulnérabilité psychologique des enfants de migrants », la prévalence des troubles du développement de la parole et du langage était de 10,5 % chez les enfants « de migrants » (né en France de parents nés à l'étranger) contre 1,8 % dans le groupe

témoin (enfant né en France de parents tous les 2 nés en France) avec une différence significative (*p*=0,002) (102).
Contrairement à notre étude qui s'appuie sur le dépistage d'un retard de langage, un diagnostic -selon les critères de la CIM-10- a été posé pour les enfants inclus dans la thèse de Mme Martin.

Dans l'article sur les inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans au sein de l'étude ELFE, le développement du langage des enfants est marqué par un fort gradient socioéconomique selon le revenu du ménage ou le diplôme de la mère. La différence brute entre les ménages les plus favorisés et les moins favorisés (tant en terme d'éducation que de revenu) est de l'ordre d'un demi écart-type (103).
Ce gradient était déjà significatif dans une étude plus ancienne menée en 1995 par Hart et Risley : les enfants de parents ayant un statut socioéconomique élevé avaient un champ lexical d'environ 1000 mots contre 500 mots chez les enfants de parents ayant un statut socioéconomique faible (104).

Il apparait également dans l'étude ELFE de 2011 que le plurilinguisme est un facteur favorisant le développement précoce du langage tant pour la compréhension que pour la production (56) ce qui ne semble pas être le cas dans notre échantillon.

Ces résultats sont à nuancer par plusieurs facteurs :
- dans notre étude, le langage n'a été testé que dans la langue française et non dans la langue maternelle. Il est donc complexe d'évaluer si ce délai dans l'acquisition du langage est « pathologique » ou plus en lien avec des difficultés liées à la situation de migration. La rencontre avec une seconde langue d'accueil ne se réduit pas à l'acquisition d'un nouveau système linguistique. Cela implique également, la confrontation de deux univers culturels. Certaines situations de bilinguisme, rendues complexes par le parcours migratoire, le télescopage avec la culture du pays d'accueil, peuvent rendre difficile pour les enfants l'apprentissage de la langue française.
Pour des travaux ultérieurs, il pourrait donc être pertinent de réaliser une évaluation au sein d'une équipe pluridisciplinaire (orthophonie, interprète…) en cas de retard de langage suspecté chez des enfants issus de familles migrantes (105).

- on peut s'interroger sur la place de la communication adulte/enfant dans chaque culture rencontrée dans notre étude. Dans son livre « Nos enfants de demain : Pour une société multiculturelle », Marie-Rose Moro oppose 2 types d'interactions : en Occident, les interactions précoces sont qualifiées de « distales », dans le sens où « les bébés sont tenus à distance des adultes et de leurs corps » ; les échanges visuels et auditifs sont très valorisés, on accorde beaucoup d'importance au dialogue verbal avec l'enfant. Dans d'autres aires culturelles comme l'Afrique ou l'Inde, les bébés sont peu regardés, le regard trop direct pouvant même être perçu comme menaçant ; les interactions précoces passent essentiellement par le registre corporel et kinesthésique (portage au dos, rituels de lavage et de massage très toniques…), car le bébé accompagne sa mère dans ses activités quotidiennes. Ces interactions, dites « proximales », valorisent le dialogue tonique et non la verbalisation.
On constate chez ces bébés un développement moteur plus important que chez les bébés occidentaux, tout comme on relève un avantage langagier chez ces derniers ; mais ces différences s'atténuent après l'âge de deux ans (106).
Les enfants de notre étude étant majoritairement d'origine Africaine et ayant en moyenne 30 mois, on ne peut se soustraire à cette observation de Mme Moro.

Il apparait donc délicat de conclure : certes, on constate que les enfants de parents migrants sont plus à risque de développer un trouble de la parole et du langage. De même que les enfants de parents ayant un niveau socioéconomique faible ont un champ lexical en compréhension et en production plus faible que dans un environnement socioéconomique aisé à l'âge de 2 ans.

Une réévaluation du langage après le début de la scolarisation nous permettrait certainement de tirer des conclusions plus probantes.

#### *4.2.12.2 Développement psychomoteur*

On remarque dans notre étude qu'aucun enfant ne présente de délai dans les acquisitions de la motricité globale. Concernant la motricité fine, 6 enfants (37,5 %) était à « surveiller ».

Des travaux du Dr Vouilloux en 1959 ou encore Geber en 1972 montraient une certaine avance des enfants camerounais par rapport aux enfants occidentaux concernant le développement posturo-locomoteur (évalué par le test de Gesell) dans les premiers mois de vie. L'écart s'annulait vers l'âge de 3 ans (107) (108).
Les stimulations posturales et kinesthésiques, secondaires notamment au mode de partage et à l'allaitement à la demande, étaient des explications avancées par Vouilloux mais également par d'autres auteurs (106) (109).

En France, la prévalence du retard psychomoteur est estimée entre 1 et 3 % chez les enfants de moins de 5 ans, soit 6 000 à 18 000 nouveaux cas par an en France selon l'Inserm (110).
Dans l'étude « Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants de 2 ans » de la cohorte ELFE, il n'est pas objectivé de différence concernant les acquisitions motrices entre les ménages les plus favorisés et les moins favorisés (103).

En revanche, de nombreuses études ont montré l'impact négatif de la dépression maternelle – anténatale et post-natale - sur le développement psychomoteur (111), de même qu'en cas de trouble anxieux, en particulier sur la motricité fine :
- dans l'étude de Koutra et al. ils retrouvaient à 18 mois une diminution de 5 points du score de motricité fine sur l'échelle de Bayley en cas de dépression maternelle post-natale sévère (β coefficient -4.90, 95 % CI: - 8.92, -0.88) (112) ;
- dans EDEN, le QI calculé à partir de la WPPSI III était abaissé de 6,7 points chez les enfants de 5 ans en cas de dépression maternelle sévère (95% [CI] -12.24, -1.17) (113)
- dans une autre étude de la cohorte d'EDEN, les troubles anxieux maternels avaient un effet négatif sur la motricité fine évaluée par l'ASQ à 2 et 3 ans (OR :4.38 [1.97–9.71]) (3).

Au sein de notre échantillon, il n'a pas été possible de rechercher et établir un lien entre dépression maternelle et/ou troubles anxieux maternels et impact sur la motricité de leur enfant du fait d'un nombre insuffisant de femmes dont le diagnostic psychiatrique était clairement notifié dans le compte-rendu de RCP.

D'après la cohorte EDEN le développement cognitif de l'enfant est significativement supérieur si l'enfant a été allaité (114).

À notre connaissance, il n'existe que très peu d'études évaluant le développement psychomoteur des enfants en âge pré-scolaire de parents immigrés.

### 4.2.13 DIFFICULTÉS DE COMPORTEMENT ET INTERACTIONS MÈRE-ENFANT

Au cours des consultations, nous avons décelé des difficultés de comportement telles qu'une intolérance à la frustration ou une agitation permanente –sans pouvoir évoquer de diagnostic- pour 7 enfants (43,8 %).
Avec l'Inventaire des Difficultés Relationnelles, nous avons repéré des éléments de sous-implication dans la relation mère-enfant pour 2 femmes et des éléments de sur-implication pour 1 femme.

Les enfants de ces 3 femmes ont été repérés comme présentant des difficultés de comportement.

En 2000, Mette Skovgaard et al. publient un article sur la prévalence des troubles psychopathologiques chez l'enfant de la naissance à 1 an ½ dans la population générale aux Pays Bas sur un échantillon de 211 enfants : 16 à 18 % des enfants présentaient des troubles neurodévelopppementaux selon la classification de la CIM-10 et la DC :0-3. (115)
Des troubles des interactions parents-enfants étaient objectivés dans 8,5 % des cas : pour 5,2 % la relation était de type « sous-impliquée », pour 0,5 % la relation était « anxieuse/tendue », pour 0,5 % la relation était qualifiée de « irritée/hostile », et pour 2,4% elle était « mixte ». Ces troubles relationnels étaient significativement associés aux troubles mixte des conduites et troubles des émotions (F92) et au trouble déficit attentionnel et hyperactivité (F90). Les troubles de la relation parent-enfant étaient également significativement corrélés à un « risque psychosocial élevé » (faible niveau d'éducation des parents, pathologies psychiatriques parentales…) ($p$=0,003).

Dans une étude allemande menée au sein d'une population de 809 enfants âgés de 3 à 5 ans et à travers un questionnaire parental (Child Behavior Checklist/CBCL 4-18), la prévalence des troubles du comportement et des émotions variait de 0,5 à 5 %. Les troubles du comportement les plus fréquemment retrouvés étaient de l'agressivité et des difficultés attentionnelles (116).

Boydell Brauner et Bowers Stephens ont publié une méta-analyse (17 études de 1975 à 1996) : la prévalence des troubles du comportement et des émotions dans l'enfance variait de 5 % à 26 % et de 9,5 à 14,2 % entre 0 et 5 ans (117).
Elle souligne par ailleurs la complexité d'une estimation de la prévalence des troubles du comportement chez le petit enfant, notamment du fait de manque de définition « standardisée » internationale, en dépit des classifications connues (telles le DSM-IV à l'époque).

Dans la thèse de Mme Martin, concernant les enfants de migrants, la prévalence des troubles internalisés (troubles anxieux, ESPT, trouble émotionnel débutant spécifiquement dans l'enfance…) était de 56,1 % dont 35,1 % de troubles anxieux. La prévalence des troubles externalisés (troubles hyperkinétiques, troubles mixte des conduites et des émotions…) était de 15,8 %. 5,3% présentaient des troubles de l'attachement.
Il existait une différence significative entre les enfants de migrants et le groupe témoin (non migrant) concernant les troubles anxieux (35,1% vs 20,5%, $p$=0,02). Il n'y avait pas de différence significative pour les autres troubles internalisés, les troubles externalisés ou encore un trouble de l'attachement.
A noter que la moyenne d'âge des enfants de son étude était autour de 7 ans. De plus, l'étude était menée sur une population d'enfants suivis dans un Centre Médico-Psychologique Infantile (CMPI).

Comme rapporté dans l'étude de Skovgaard et al. il existe à ce jour peu d'études dédiées au troubles du comportement et des interactions avant l'âge de 3 ans d'autant que la plupart des études sont basées sur un questionnaire parental.

## 4.3 FORCES DE L'ÉTUDE

Notre travail est original de par l'exhaustivité des données recueillies pour faire un point global de l'état de santé et du développement cognitif des enfants de mères vulnérables.

Nous avons également réalisé un résumé des tests cognitifs disponibles pour les enfants de la tranche d'âge 18 mois – 48 mois et leur faisabilité en consultation pédiatrique de dépistage.

Cette thèse, associée aux travaux de Monsieur Dupré et Mme Le Guen Diawara, a permis d'expliquer la mise en œuvre et le fonctionnement d'une RCP au sein du Réseau Périnat, dédiée aux femmes vulnérables et d'évaluer –même partiellement- l'effet de la RCP sur ces familles.
Nous avons pu objectiver une certaine amélioration socio-économique des femmes entre le moment de la RCP et la consultation, 18 mois à 3 ans après (59).

La majorité de nos résultats semblent en accord avec les données de la littérature bien qu'il ne soit pas possible de réaliser de comparaison « objective ».

Notre démarche a permis de proposer une surveillance spécifique voire d'orienter les enfants vers des soins pour 75 % d'entre eux mais également d'objectiver qu'une certaine stabilité psycho-sociale maternelle était probablement facilitatrice pour un bon développement psychomoteur et psychique de l'enfant.

## 4.4 LIMITES DE L'ÉTUDE

Initialement, la thèse a été pensée pour évaluer l'impact sur les femmes et leurs enfants de la prise en charge en RCP « Périnatalité-Grande Vulnérabilité ». Nous avons donc envisagé de réaliser une étude comparative avec un groupe de femmes contrôle qui n'auraient pas été incluses dans la RCP.
Rapidement, il est apparu impossible de réaliser un projet d'une telle envergure sans aide humaine complémentaire et dans un temps limité : comment retrouver des femmes vulnérables qui n'avaient pas été repérées par la RCP (et avec des enfants d'âge similaire aux enfants de notre échantillon) pour obtenir un groupe contrôle ?
Nous avons donc décidé secondairement de réaliser une étude observationnelle.
Celle-ci ne permet donc pas de conclure quant à l'incidence de la RCP sur le parcours médical, social et administratif de ces femmes vulnérables mais nous donne cependant un aperçu du devenir d'une partie de cette population.
De même, du fait du petit nombre d'enfants inclus, il n'était pas envisageable de construire une étude autrement que descriptive.

### 4.4.1 CHOIX DES TESTS DE DÉPISTAGE

L'échelle de Denver, bien que validée et connue dans le monde entier, manque de sensibilité et de spécificité et ne permet pas de poser de diagnostic formel de retard. Cependant elle permet de dépister et d'orienter vers un bilan complémentaire si nécessaire.

L'Inventaire des difficultés relationnelles (RPCL) n'a pas été conçu pour être utilisé isolément, en dehors du « DC:0 -3 ». On peut donc se poser la question de sa pertinence dans notre étude. Nous avons expliqué plus haut pourquoi nous avions malgré tout choisi cet outil.

De plus, le RPCL ne permet pas de poser de diagnostic mais suggère la présence ou non de difficultés dans la relation mère-enfant.

Pour un certain nombre d'enfants, nous n'avons pas réalisé de test de dépistage spécifique d'un trouble du spectre de l'autisme puisque le M-CHAT n'est pas validé au-delà de 30 mois.
Nous avons donc dû nous appuyer uniquement sur notre observation clinique pour ces jeunes patients.

Concernant les difficultés de comportement, nous ne nous sommes appuyées sur aucune échelle validée du fait de la complexité de ces dernières (plusieurs consultations nécessaires, enregistrement vidéo ou encore formation obligatoire). Nos observations et conclusions sont donc subjectives.

Cependant, de nombreux items utilisés au cours de la consultation concernant le dépistage des TSA et les troubles du comportement provenaient des cahiers de suivi du Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine et que l'on retrouve dans l'outil de repérage proposé par le Ministère pour le dépistage des TND (44).

### 4.4.2 BIAIS D'ÉCHANTILLONNAGE

Une fragilité évidente de ce travail est le petit nombre d'enfants qui ont pu être inclus. Sur les 52 dossiers exposés en RCP, nous n'avons rencontré que 16 dyades. Nos pourcentages sont donc à pondérer du fait du très faible échantillonnage.

On peut donc se questionner sur la représentativité de notre échantillon :
- parmi les 16 enfants, 2 étaient nés prématurément. L'un des 2 a présenté en plus une cardiopathie sévère induisant une chirurgie cardiaque et une hospitalisation longue au décours. La littérature montre bien que la prématurité peut induire des difficultés développementales (118) (119), de même qu'une hospitalisation prolongée a des conséquences sur les interactions parents-enfants et la sécurité affective de l'enfant. Il est alors possible que pour ces 2 enfants, les antécédents néonataux majorent les difficultés développementales. On peut, à l'inverse, se poser la question d'un « surhandicap » du fait des vulnérabilités maternelles : il semble effectivement que leur développement cognitif et psychique soit plus entravé que ce que l'on pourrait attendre dans un contexte de prématurité légère.

- les femmes contactées sont-elles plus « insérées » que celles perdues de vue ? Qu'en est-il des femmes qui n'ont pas été repérées par un travailleur social ou une sage-femme de PMI et qui n'ont donc pas été présentées en RCP ?

- d'après les données recueillies dans les dossiers de la RCP, 1 seule femme a présenté un épisode dépressif en anténatal. De même en post-natal, pour 86,7 % des femmes le diagnostic de syndrome dépressif était fortement improbable. En comparaison avec les données de la littérature, nos résultats ne semblent pas être le reflet de la réalité. Cela parait dommageable, dès lors que l'on connait l'impact de la dépression maternelle sur le développement cognitif de l'enfant.

### 4.4.3 BIAIS D'INFORMATION

- Le recueil des données lors des RCP n'était pas toujours complet (ce qui se conçoit car les formulaires n'étaient initialement pas destinés à servir de base à un travail scientifique). Un certain nombre d'informations étaient donc manquantes concernant les données « initiales » des femmes et notamment sur la présence ou non d'une pathologie psychiatrique (impliquant alors un suivi rapproché de l'enfant et le dépistage d'un trouble de l'attachement).

- Biais de subjectivité : il était parfois difficile de questionner les mères sur leurs antécédents notamment psychiatriques et de réaliser la passation du MINI de manière tout à fait objective. Nous avons pu « conclure » sans avoir pu réellement poser les questions pendant la consultation.

- Biais de non-réponse : certaines femmes ont refusé de répondre aux questions concernant leurs difficultés psychologiques notamment ou leur parcours migratoire.

- Nous n'avons pas pris en compte le niveau socio-culturel de la mère (niveau d'étude, type d'emploi dans le pays d'origine) ce qui apparait être un oubli important. Dans de nombreuses études, le développement psychomoteur et langagier de l'enfant ou encore la durée de l'allaitement dépendent du niveau socio-culturel des parents.

## 4.5 DIFFICULTÉS DE SUIVI ET PROPOSITIONS POUR OPTIMISER CELUI-CI

S'il est impossible de conclure quant à l'impact de la RCP sur la vie de ces femmes et quant à l'impact des fragilités maternelles sur le développement cognitif de leur enfant, ce travail a permis de constater combien est complexe de suivre au long cours cette population vulnérable. Il semble important de souligner les obstacles auxquels nous nous sommes heurtées pour rencontrer ces mères malgré nos nombreuses « pistes » pour les contacter.
Il est raisonnable de penser que cette difficulté de recrutement reflète la grande fragilité médico-psycho-sociale de ces femmes, et ce malgré l'investissement des professionnels et leur rencontre en RCP.

Au cours de ma thèse, j'ai pu discuter avec de nombreux médecins, paramédicaux et travailleurs sociaux et il est une conclusion qui nous a semblé évidente à tous : il faut du temps et de la disponibilité pour suivre le parcours chaotique et complexe de ces familles.
Mais comment ces femmes le plus souvent seules et totalement isolées, peuvent-elles suivre le rythme de l'administration française ? Dans quelles mesures peuvent-elles se préoccuper des consultations de suivi de leur enfant alors qu'elles sont en complète insécurité matérielle ?
Le bouleversement migratoire va entraîner une instabilité et la nécessité pour la femme migrante de composer, de négocier entre la culture d'origine et la culture d'accueil. Selon M.R Moro, « le plus souvent privé de la cohérence entre la culture et la société qui rend le monde prévisible, il lui faut [au migrant] chaque jour rencontrer le monde de manière traumatique, c'est-à-dire sans protection, sans intermédiaire, directement » (120).

Il est intéressant de noter que nous n'avions que 7 femmes en commun avec M. Dupré alors que nos travaux n'ont été réalisés qu'à quelques mois d'intervalle : à quelle vitesse la situation de ces femmes change et comment peuvent-elles « suivre » ces bouleversements ?

Le travail de Mme Le Guen Diawara, a permis d'évaluer la perception des femmes concernant l'impact de la RCP sur leur parcours de vie. Elle a pu mettre à jour que ces femmes « ont souvent fait écho à la difficulté que constitue la confrontation à un système de solidarité différent de ce qu'elles ont connu dans leur histoire ». Elles ont également bien perçu « le sentiment d'impuissance des professionnels, car elles ont une analyse globale du système et perçoivent les limites des professionnels de terrain. Ainsi, on note une forte reconnaissance des professionnels perçus comme engagés, « dépassant le cadre de leur travail » en lien avec le système général qui lui est perçu comme dur. Les professionnels sont perçus aussi dans ce qu'ils ont donné de leur personne, pas seulement de leur fonction » (121).
Ces difficultés de prise en charge, d'accompagnement et de suivi sont donc très clairement ressenties par ces femmes.

Voici quelques pistes pour améliorer le suivi médico-social de ces femmes et enfants vulnérables :
- orienter les femmes vers le Réseau Périnat et organiser des RCP bien plus précocement que ce qui a été fait pour les femmes de notre échantillon afin – peut-être – d'améliorer le suivi

médico-psychologique en anténatal et stabiliser leur situation sociale avant la naissance de l'enfant.
- organiser des RCP avec les acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux gravitant autour de la famille en post-natal et au-delà des premiers mois de vie de l'enfant avec une mise à jour régulière de la situation et ce, tant qu'une certaine stabilité n'a pas été obtenue.
- inclure de façon plus systématique ces enfants dans les programmes de suivi du nouveau-né vulnérable du réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine et proposer un suivi spécifique et régulier médico-psychologique.
- organiser un partenariat de réflexion avec le Contrat Local de Santé (CLS) de Bordeaux et l'Agence Régionale de Santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine pour limiter la précarité notamment de logement pour ces femmes enceintes et mères de petits enfants. Réfléchir également avec ces 2 partenaires sur le pouvoir « décisionnel » de la RCP qui est à ce jour nul.

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'un programme d'intervention précoce à domicile (122) (123) et d'un programme d'aide à l'éducation de jeunes enfants (124) sur le développement cognitif des enfants issus de familles défavorisées et/ou en cas de pathologie neurodéveloppementale d'origine néonatale (comme l'asphyxie néonatale).
Voici une piste de réflexion pour favoriser le développement dans sa globalité de ces enfants évoluant dans un milieu extrêmement précaire.

## 4.6 TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES

Sur le modèle de cette étude, des travaux de plus grande envergure pourraient être envisagés :
- réaliser une étude comparative prospective avec un groupe contrôle pour conclure concernant l'impact de la RCP sur le devenir des femmes et l'évolution neurodéveloppementale de leurs enfants.

- inclure un plus grand nombre de dyade mère-enfant afin d'évaluer leurs interactions et l'impact des difficultés psycho-sociales de la femme sur le développement de son enfant et permettre une étude comparative avec des données de la littérature quant au développement cognitif de ces enfants vulnérables.

Afin de gagner du temps et faciliter les études ultérieures, un travail de recensement de l'ensemble des acteurs sociaux avec leurs coordonnées pourrait être fait en amont.
Les données notées dans les dossiers de la RCP devraient être « standardisées » pour limiter au mieux les biais d'information.

# 5 CONCLUSION

Le Réseau Périnat Aquitaine s'est montré novateur en créant la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire « Périnatalité-Grande Vulnérabilité » en 2014, avant même la parution de la circulaire du 3 juillet 2015 redéfinissant les objectifs des Réseaux de Santé Périnataux, dont celui de réduire les inégalités sociales et d'accompagner au mieux les femmes vulnérables.
Cette réunion permet aux acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux de se rencontrer mensuellement autour de situations administratives et humaines délicates.
Il faut cependant avoir en tête que la RCP ne peut qu'émettre des propositions quant à la prise en charge sociale (notamment concernant le logement) mais n'est en aucun décisionnaire… ce qui limite bien évidemment son impact.

Pour les femmes présentant de multiples facteurs de vulnérabilité (migration, isolement, pathologie psychiatrique…), devenir mère peut s'avérer déstabilisant voire fragilisant, tant sur le plan social que psychique. A l'occasion de l'arrivée d'un enfant, il arrive que « les vulnérabilités se potentialisent jusqu'à mettre en péril leur santé psychique et par ricochet celle de leur bébé » (Mestre et al, 2012) (125).

Dans une première partie de notre travail, nous avons montré que les femmes inclues dans la RCP semblent plus à risque de morbidité en période périnatale que la population générale en France Métropolitaine, de façon similaire à ce que l'on peut retrouver dans la littérature. À travers les travaux de M. Dupré et le nôtre, nous avons pu constater une amélioration partielle des conditions socio-économiques de ces femmes, quelques années après la RCP.

Dans un 2ème temps, au travers de cette étude et de l'ensemble de la bibliographie répertoriée, nous avons montré que l'évènement migratoire ainsi que les vulnérabilités psychosociales maternelles sont des facteurs de risque de retard cognitif et de troubles du comportement dans l'enfance. L'impact de ces vulnérabilités « externes » est d'autant plus important que l'enfant présente des vulnérabilités « intrinsèques » comme nous avons pu le voir avec les jumeaux prématurés dans notre échantillon.
Nous avons également exposé les difficultés de suivi de ces dyades mère-enfant et proposé des pistes d'amélioration.

Pour conclure, nous souhaitons souligner l'absolue nécessité de poursuivre le suivi médico-psychologique de ces enfants, bien au-delà de la petite enfance et de dépister, avec des outils adaptés, en équipe pluridisciplinaire et sensible à une approche transculturelle de potentiels troubles neurodéveloppementaux (retard psychomoteur, troubles du développement psychologique…) plus à risque de survenir chez ces enfants vulnérables.
Il apparait donc nécessaire d'élargir la définition « de santé publique » du nouveau-né vulnérable afin d'obtenir un suivi spécifique régulier et au long cours pour les enfants représentés par notre échantillon.

Mais peut-on réellement prévoir la trajectoire d'apprentissage de ces enfants, une fois entrés à l'école ou lorsque la situation psycho-sociale de la mère est apaisée ? Rappelons que pour 3 des 4 enfants pour lesquels nous n'avons proposé aucune prise en charge complémentaire, la situation socio-économique était stabilisée et qu'elle bénéficiait d'un logement fixe.
Porteurs de potentialités dynamiques et créatives, les enfants de migrants arrivent à maîtriser ce que Moro appelle « le risque transculturel » et « relèvent ce défi de liberté face aux puissants déterminismes qui les assigneraient aux couches inférieures de la société ». Il est des enfants de migrants qui réussissent mieux leur scolarité que leurs camarades de même catégorie socio-économique.

Il semble donc essentiel de continuer à inventer et imaginer des dispositifs de soins et d'accompagnement pour ces femmes et leurs enfants afin qu'ils continuent à bâtir des « ponts entre les mondes » (126).

# 6 BIBLIOGRAPHIE


1. Guide du Comède : Migrants/étrangers en situation précaire - Soins et accompagnement. Comède. Edition 2015. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: http://www.comede.org/guide-comede/

2. Code de la santé publique - Article L2122-1. Code de la santé publique. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687381&dateTexte=&categorieLien=cid

3. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forhan A, Kaminski M, et al. Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. Tsuchiya KJ, éditeur. PLOS ONE. 2015 Aug 28;10(8):e0135849.

4. Melchior M, Chastang J-F, de Lauzon B, Galéra C, Saurel-Cubizolles M-J, Larroque B, et al. Maternal depression, socioeconomic position, and temperament in early childhood: the EDEN Mother-Child Cohort. J Affect Disord. 2012 Mar;137(1-3):165-9.

5. National Research Council (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development. From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development [Internet]. Shonkoff JP, Phillips DA, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000

6. Immigrés, étrangers | Insee. [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3633212

7. Anaut M. Trauma, vulnérabilité et résilience en protection de l'enfance. Connexions. 2002;77(1):101-18.

8. Agence Nationale de la Recherche. Vulnérabilités sanitaires et sociales. Colloque organisé par l'Agence de Recherche en Santé Publique (IReSP) avec le Soutien de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Nov 2013; Paris. p.230. Disponible sur: https://anr.fr/fileadmin/documents/2013/booklet-colloque-vulnerabilites-14-15-nov-2013.pdf

9. Adam, Christophe. « Santé et vulnérabilités sociales : le point de vue du médecin généraliste ». Humanitaire [Internet]. 18 déc 2013 [cité 17 nov 2019]; Disponible sur: http://journals.openedition.org/humanitaire/2793

10. Chia A-L, Costigan CL. Understanding the multidimensionality of acculturation among Chinese Canadians. Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport. 2006;38(4):311-24.

11. Ryder AG, Alden LE, Paulhus DL. Is acculturation unidimensional or bidimensional? A head-to-head comparison in the prediction of personality, self-identity, and adjustment. J Pers Soc Psychol. 2000;79(1):49-65.

12. Inserm. Expertise collective - Déficiences et handicap d'origine périnatale – Dépistage et prise en charge. Paris: Les éditions Inserm, 2004. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/144/expcol_2004_deficiences_synthese_fr.pdf?sequence=1

13. Moro MR. Introduction à l'étude de la vulnérabilité spécifique de l'enfant de migrants ; analyse d'une étude longitudinale des interactions mère-enfant et du développement de l'enfant de 0 à 8 ans [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. Paris VII, Faculté de Bichat; 1988.

14. Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioral problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry. Juin 2014;23(6):373-91.

15. Belhadj Kouider E, Koglin U, Petermann F. Emotional and Behavioral Problems in Migrant Children and Adolescents in American Countries: A Systematic Review. J Immigr Minor Health. Août 2015;17(4):1240-58.

16. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal. Oct 1958;39(5):350-73.

17. Carter CS. Attachment and bonding: a new synthesis. Cambridge, Mass: MIT Press in cooperation with Dahlem University Press; 2005. 493 p.

18. Bowlby J. Attachment and loss. 1st and 2nd ed éd. New York: Basic Books; 1969.

19. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 2007;19(2):151-88.

20. Salter Ainsworth MD, Blehar MC, Watters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978. 391 p.

21. Guedeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. Arch Pédiatrie. Juin 2008;15:S12-9.

22. Whiffen VE, Kerr MA, Kallos-Lilly V. Maternal Depression, Adult Attachment, and Children's Emotional Distress. Fam Process. Mars 2005;44(1):93-103.

23. Kobak R, Mandelbaum T. Caring for the caregivers. An attachment approach to assessment and treatment of child problems. In: Attachment Processes in Couple and Family Therapy. Johnson M, Whiffen VE. New York, NY, US: Guilford Press; 2003.

24. Sutter A, Glatignydallay E, Sammut S. Attachement et mères en souffrance. Gynécologie Obstétrique Fertil. Sept 2004;32(9):721-4.

25. Van Der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles MJ, Sutter-Dallay AL, Melchior M. Maternal Depression Trajectories and Children's Behavior at Age 5 Years. J Pediatr. Juin 2015;166(6):1440-1448.e1.

26. Foulon S, Pingault J-B, Larroque B, Melchior M, Falissard B, Côté SM. Developmental Predictors of Inattention-Hyperactivity from Pregnancy to Early Childhood. Pawluski J, éditeur. PLOS ONE. Mai 2015;10(5):e0125996.

27. Bosquet Enlow M, Kitts RL, Blood E, Bizarro A, Hofmeister M, Wright RJ. Maternal posttraumatic stress symptoms and infant emotional reactivity and emotion regulation. Infant Behav Dev. Déc 2011;34(4):487-503.

28. Bosquet Enlow M, Egeland B, Carlson E, Blood E, Wright RJ. Mother-infant attachment and the intergenerational transmission of posttraumatic stress disorder. Dev Psychopathol. Fév 2014;26(1):41-65.

29. Furstenberg F, Morgan, Philipp, Allison, Paul. Paternal participation and children's well-being after marital dissolution. Am Sociol Rev. 1987 Oct;52(5):695-701.

30. Cabrera NJ, Tamis-LeMonda CS. Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives, 2nd ed. New York, US: Routledge; 2013.

31. Flouri E. Fathering and child outcomes. New Jersey: John Wiley and Sons; 2005.

32. Lamb ME, Lewis C. The development and significance of father-child relationships in two-parent families. In: The role of the father in child development, 5th ed. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc; 2010. p. 94-153.

33. Sarkadi A, Kristiansson R, Oberklaid F, Bremberg S. Fathers' involvement and children's developmental outcomes: a systematic review of longitudinal studies. Acta Paediatr. 2008 Fev;97(2):153-8.

34. Goldstein HS. Parental Composition, Supervision, and Conduct Problems in Youths 12 to 17 Years Old. J Am Acad Child Psychiatry. 1984 Nov;23(6):679-84.

35. Restitution des Travaux du Groupe d'Etudes « Prématurité et nouveau-nés vulnérables » Rapport Parlementaire - Assemblée Nationale. Paris ; 2017 Fev [cité 5 nov 2019] Disponible sur: https://www.reseaux-perinat-hn.com/wp-content/uploads/2017/09/DP_GE_PREMA.pdf

36. Plan "périnatalité" 2005-2007 - humanité, proximité, sécurité, qualité – http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf.

37. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie ou la réanimation néonatale [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000207560&categorieLien=id

38. Comission nationale de la santé de l'enfant. Prise en charge et accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité. [Internet]. 2014 [cité 29 nov 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des__femmes_en_situation_de_precarite_ou_de_vulnerabilite.pdf

39. Thibault H, Boulard S, Colle M, Rolland-Cachera MF. Croissance normale staturopondérale. Pediatrie – Maladies Infectieuses. 2009 Jan.

40. Saturnisme chez l'enfant - Données de la surveillance du dépistage et de la déclaration obligatoire. [Internet]. Santé publique France. 2018 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: http://invs.santepubliquefrance.fr/fr../Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Saturnisme-chez-l-enfant/Donnees-de-la-surveillance-du-depistage-et-de-la-declaration-obligatoire

41. Glorennec P. Saturnisme [Internet]. Inserm - La science pour la santé; 2015 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/saturnisme

42. Bretin, P, Chanel, O, Cheynol, J, Cottrelle, B, Declercq, C, Delour, M, et al. Saturnisme. Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant ? [Internet]. Institut de Veille Sanitaire et

Inserm; 2008 [cité 28 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/106/?sequence=13

43. Que sont les troubles du neuro-développement ? [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapée; 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/que-sont-les-troubles-du-neuro-developpement-91/article/que-sont-les-troubles-du-neuro-developpement

44. Repérage des troubles du neuro-développement (TND) chez les enfants de moins de 7 ans [Internet]. Secrétariat D'Etat Chargé Des Personnes Handicapées; 2019 [cité 17 nov 2019]. Disponible sur: http://www.autisme-france.fr/offres/doc_inline_src/577/DISA-DICOM-Reperage_TND-v13juin19.pdf

45. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F83

46. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013.

47. Shevell M, Ashwal S, Donley D, Flint J, Gingold M, Hirtz D, et al. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. Neurology. 2003 Fev 11;60(3):367-80.

48. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 28 jours à 6 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres, médecins de PMI et médecin scolaires – rapport de synthèse – argumentaire – septembre 2005 – service des recommandations professionnelles – HAS/Services de recommandations professionnelles. [Internet]. [cité 30 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_28j-6ans-argumentaire_2006.pdf

49. Rescrorla L, Lee EC. Language impairments in young children. In: Handbook of early language impairment in children. Layton T & Watson L editors. New-York : Delmar; 1999

50. Rescorla L, Mirak J, Singh L. Vocabulary growth in late talkers: lexical development from 2;0 to 3;0. J Child Lang. 2000 Jun;27(2):293-311.

51. Bassano D, Labrell F, Champaud C, Lemétayer F, Bonnet P. Le DLPF : un nouvel outil pour l'évaluation du développement du langage de production en français. Enfance. 2005;57(2):171.

52. Rezzoug D, Plaën SD, Bensekhar-Bennabi M, Moro MR. Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. Le français aujourd'hui. 2007;158(3):58-65.

53. Hakuta K. Mirror of language: the debate on bilingualism. New York: Basic Books; 1986.

54. Barac R, Moreno S, Bialystok E. Behavioral and Electrophysiological Differences in Executive Control between Monolingual and Bilingual Children. Child Dev. 2016 Jul;87(4):1277-90.

55. Bialystok E. L'acquisition d'une deuxième langue, le bilinguisme pendant la petite enfance et leur impact sur le développement cognitif précoce. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. York: CEDJE; 2017.

56. Berthomier N, Octobre S. Primo-socialisation au langage : le rôle des interactions langagières avec les parents durant les 365 premiers jours de l'enfant d'après l'enquête Elfe. Cult Etudes. 2018;2(2):1.

57. Mise à jour du guide pratique de dépistage et de prise en charge des expositions au plomb chez l'enfant mineur et la femme enceinte. Paris; 2017 Nov. Haut Conseil de la Santé Publique. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=643

58. Cerfa Surveillance des plombémies – Saturnisme chez l'enfant mineur.pdf [Internet]. [cité 2 janv 2019]. Disponible sur: https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_12378.do

59. Dupré, Thomas. Quel est le devenir des femmes enceintes en situation de précarité après étude de leur situation en réunion pluridisciplinaire ? [Thèse pour le Doctorat en Médecine]. Faculté de Médecine de Bordeaux; 2018.

60. Carnet de santé.pdf [Internet]. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_sante.pdf

61. Le suivi des enfants de 0 à 6 ans | Pediadoc [Internet]. [cité 2018 Dec 27]. Disponible sur: http://pediadoc.fr/

62. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) : the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59(Suppl 20):22-3.

63. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. Eur Psychiatry. 1997;12(5):232-41.

64. Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can Autism be Detected at 18 Months? Br J Psychiatry. 1992 Dec;161(06):839-43.

65. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001 Apr;31(2):131-44.

66. Recommandations de bonnes pratiques – Troubles du spectre de l'autisme : Signes d'alerte, repérage, diagnostic et évaluation chez l'enfant et l'adolescent. Haute Autorité de santé. Fév 2018 [internet]. Disponible sur: https://www.tsa-quotidien.fr/sites/default/files/article-files/has_reco_enfant_2_0.pdf

67. Kleinman JM, Robins DL, Ventola PE, Pandey J, Boorstein HC, Esser EL, et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: A Follow-up Study Investigating the Early Detection of Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord. 2008 May;38(5):827-39.

68. Eaves LC, Wingert H, Ho HH. Screening for autism: agreement with diagnosis. Autism Int J Res Pract. 2006 May;10(3):229-42.

69. Frankenburg WK, Dodds JB. The Denver Developmental Screening Test. J Pediatr. 1967 Aug;71(2):181-91.

70. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992 Jan;89(1):91-7.

71. Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying Infants and Young Children With Developmental Disorders in the Medical Home: An Algorithm for Developmental Surveillance and Screening. PEDIATRICS. 2006 Jul 1;118(1):405-20.

72. Le DPL3 : Dépistage et Prévention et Langage à 3 ans.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2019]. Disponible sur: http://www.ac-grenoble.fr/ien.g4/IMG/pdf/DPL3_presentation_APESAL-2.pdf

73. Dellatolas G, Vallée L. Recommandations sur les outils de repérage, dépistage et diagnostic pour les enfants atteints d'un Trouble Spécifique du Langage. Commandité par le Ministère de la Santé et des Solidarités. Paris; 2005. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recommandations_tsl.pdf

74. Maeder C, Roy B. Detecting language disorders in 4-year-old French children. An application of the ERTL-4. Child Care Health Dev. 2000 Mar;26(2):129-36.

75. Scholl JM. Classification Diagnostique 0-3 ans Révisée : une nouvelle présentation des Troubles de la Régulation du traitement des stimuli sensoriels. Devenir. 2007;19(2):109.

76. DC 0:3R. Classification des Troubles de la relation. Devenir. 2009;(5):71-83.

77. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. INSERM, DREES [Internet]. [cité 12 févr 2019] Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf

78. Azria E. Etude de cohorte PreCARE : Comment mieux comprendre les inégalités sociales de santé maternelle ? 3ème journée d'échanges scientifiques du réseau GOCIC; 2016 Jun 24; Paris. Disponible sur: http://reseaugocic.fr/files/R%C3%A9unions%20physiques/3%C3%A8me%20journ%C3%A9e%20scientifique/Elie%20Azria.pdf

79. Melchior M, Chollet A, Glangeaud-Freudenthal N, Saurel-Cubizolles M-J, Dufourg M-N, van der Waerden J, et al. Tobacco and alcohol use in pregnancy in France: The role of migrant status. Addict Behav. 2015 Dec;51:65-71.

80. Eremenko, T. Grandir dans une famille d'origine immigrée en France : des expériences marquées par la migration. Journée Scientifique de la cohorte ELFE; 2017 Mar ; Paris Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/rte/General/ELFE/resultats/Sciences-sociales/Grandir-dans-famille-origine-immigree_JS-ELFE_Eremenko.pdf

81. Heaman M, Bayrampour H, Kingston D, Blondel B, Gissler M, Roth C, et al. Migrant Women's Utilization of Prenatal Care: A Systematic Review. Matern Child Health J. 2013 Jul 1;17(5):816-36.

82. Linard M, Blondel B, Estellat C, Deneux-Tharaux C, Luton D, Oury J, et al. Association between inadequate antenatal care utilisation and severe perinatal and maternal morbidity: an analysis in the PreCARE cohort. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2018 Apr;125(5):587-95.

83. Van den Akker T, Van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Apr;32:26-38.

84. Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NMC, Charles MA, Verdoux H, et al. Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. Eur Psychiatry. 2015 Feb 1;30(2):322-8.

85. Ibanez G, Charles MA, Forhan A, Magnin G, Thiebaugeorges O, Kaminski M, et al. Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: data from the EDEN mother-child cohort. Early Hum Dev. 2012 Aug;88(8):643-9.

86. Datta-Nemdharry P, Dattani N, Macfarlane AJ. Birth outcomes for African and Caribbean babies in England and Wales: retrospective analysis of routinely collected data. BMJ Open. 2012 Jan 1;2(3):e001088.

87. Moser K, Stanfield KM, Leon DA. Birthweight and gestational age by ethnic group, England and Wales 2005: introducing new data on births. Health Stat Q. 2008;(39):22-31, 34-55.

88. Puthussery S. Perinatal outcomes among migrant mothers in the United Kingdom: Is it a matter of biology, behaviour, policy, social determinants or access to health care? Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016 Apr;32:39-49.

89. Beck F, Guignard R. La depression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et drntiment d'information de la population. La santé de l'homme. 2012 Sep; (421):43-5.

90. Roze M, Vandentorren S, van der waerden J, Melchior M. Factors associated with depression among homeless mothers. Results of the ENFAMS survey. J Affect Disord. 2018 Mar;229:314-21.

91. Le premier certificat de santé de l'enfant - Certificat au 8e jour (CS8) – 2016. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet]. Déc 2018, N°68, [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt68-sources_et_methodes.pdf

92. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. Bull Épidémiologique Hebd. 2015 Sep 22;(29):522-32.

93. The "EDEN Mother–Child Cohort Study Group", Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, et al. Breastfeeding Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French 'EDEN Mother–Child' Cohort. Matern Child Health J. 2013 May;17(4):714-22.

94. Salanave B, De Launay C, Castetbon K. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2014 Sep;62:S182.

95. Boonstra I, Leclercq S, Tandy F. Allaitement et maternage chez les femmes originaires d'Afrique de l'Ouest - Quelle place pour les professionnels de santé [Mémoire pour l'obtention du certificat de consultant en lactation IBCLC]. [Internet]. 2012. [cité 23 janv

2019]. Disponible sur: http://consultants-lactation.com/wp-content/uploads/2017/01/memoire_boonstra_leclercq_tandy.pdf

96. Médecins du Monde. L'alimentation des personnes en situation de grande précarité en France - Quel impact sur leur état de santé ? 2014 Juin [Internet]. [cité 3 févr 2019] Disponible sur: www.opnalim.org/wp-content/uploads/2014/06/Rapport_enquêtealimentationprecarité.pdf

97. Camara S, De Lauzon-Guillain B, Heude B, Charles MA, Botton J, Plancoulaine S, et al. Multidimensionality of the relationship between social status and dietary patterns in early childhood: longitudinal results from the French EDEN mother-child cohort. Int J Behav Nutr Phys Act. 2015 Sep 24;12:122.

98. Greier K, Riechelmann H. Effects of migration background on weight status and motor performance of preschool children. Wien Klin Wochenschr. 2014 Feb 1;126(3):95-100.

99. McIntyre L, Glanville NT, Raine KD, Dayle JB, Anderson B, Battaglia N. Do low-income lone mothers compromise their nutrition to feed their children? CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 2003 Mar 18;168(6):686-91.

100. Données de couverture vaccinale [Internet]. [cité 19 janv 2019]. Disponible sur: https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Aspects-scientifiques/Epidemiologie/Donnees-de-couverture-vaccinale

101. Bouhamam N, Laporte R, Boutin A, Uters M, Bremond V, Noel G, et al. Précarité, couverture sociale et couverture vaccinale : enquête chez les enfants consultant aux urgences pédiatriques. Arch Pédiatrie. 2012 Mar;19(3):242-7.

102. Martin L. La vulnérabilité psychologique des enfants de migrants: étude de la population d'un centre médico-psychologique infantile. Faculté de Médecine de Bordeaux; 2015

103. Grobon S, Panico L, Solaz A. Inégalités socioéconomiques dans le développement langagier et moteur des enfants à 2 ans. Bull Épidémiologique Hebd. 2019 Jan 8;(1):2-9.

104. Hart B, Risley TR. Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Baltimore: Paul H Brookes; 1995. p. 268.

105. Sanson C. Troubles du langage, particularités liées aux situations de bilinguisme. Enfances Psy. 2010;48(3):45.

106. Moro MR. Nos enfants demain : Pour une société multiculturelle. Paris: Odile Jacob. 2010 Jan. 247 p.

107. Vouilloux D. Étude de la psycho-motricité d'enfants africains au Cameroun. Test de Gesell et réflexes archaïques. J Afr. 1959;29(1):11-8.

108. Geber M. L'environnement et le développement des enfants africains. Enfance. 1973;26(3):145-74.

109. Bril B. Culture et premières acquisitions motrices : enfants d'Europe, d'Asie, d'Afrique. J Pédiatrie Puériculture. 1997 Jul;10(5):302-14.

110. INSERM. Déficiences et handicaps d'origine périnatatale. Dépistage et prise en charge. Synthèse et recommandations. [Internet]. Paris; 2004. Disponible sur: http://hdl.handle.net/10608/144

111. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2008 Jul;115(8):1043-51.

112. Koutra K, Chatzi L, Bagkeris M, Vassilaki M, Bitsios P, Kogevinas M. Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Aug;48(8):1335-45.

113. Van der Waerden J, Bernard JY, De Agostini M, Saurel-Cubizolles MJ, Peyre H, Heude B, et al. Persistent maternal depressive symptoms trajectories influence children's IQ: The EDEN mother-child cohort: Van der Waerden et al. Depress Anxiety. 2017 Feb;34(2):105-17.

114. Bernard JY, De Agostini M, Forhan A, Alfaiate T, Bonet M, Champion V, et al. Breastfeeding Duration and Cognitive Development at 2 and 3 Years of Age in the EDEN Mother–Child Cohort. J Pediatr. 2013 Jul;163(1):36-42.e1.

115. CCC 2000 Study Team. Skovgaard AM, Houmann T, Christiansen E, Landorph S, Jørgensen T, et al. The prevalence of mental health problems in children 1½ years of age - the Copenhagen Child Cohort 2000: Prevalence of mental health problems in 1 1/2-year-old children. J Child Psychol Psychiatry. 2007 Jan;48(1):62-70.

116. Kuschel A, Lübke A, Köppe E, Miller Y, Hahlweg K, Sanders MR. Prevalence of psychiatric symptoms and comorbid conditions in 3- to 5-year-old children: results of the Braunschweig Kindergarten Study. Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother. 2004 May;32(2):97-106.

117. Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. Public Health Rep Wash DC 1974. 2006 Jun;121(3):303-10.

118. Pierrat V, Marchand-Martin L, Arnaud C, Kaminski M, Resche-Rigon M, Lebeaux C, et al. Neurodevelopmental outcome at 2 years for preterm children born at 22 to 34 weeks' gestation in France in 2011: EPIPAGE-2 cohort study. BMJ.2017 Aug 16;j3448.

119. Charkaluk ML, Rousseau J, Benhammou V, Datin-Dorrière V, Flamant C, Gire C, et al. Association of Language Skills with Other Developmental Domains in Extremely, Very, and Moderately Preterm Children: EPIPAGE 2 Cohort Study. J Pediatr. 2019 May;208:114-120.e5.

120. Moro MR. Kayes, Bamako, Paris. L'errance de l'exil…. In: Favre D. editor. Parents au singulier Monoparentalité : échec ou défi ? Autrement; 1993. p. 153-8. Disponible sur: http://www.mda.aphp.fr/IMG/documents/517f92ca23a27-cv-moro-mai-2013.pdf

121. Le Guen Diawara C. Une étude exploratoire sur la dimension participative de la RCP « Périnatalité – Grande vulnérabilité ». Réunion plénière du Réseau Périnat Aquitaine; Bordeaux.

122. Bann CM, Wallander JL, Do B, Thorsten V, Pasha O, Biasini FJ, et al. Home-Based Early Intervention and the Influence of Family Resources on Cognitive Development. PEDIATRICS. 2016 Apr 1;137(4):e20153766

123. Wallander JL, Biasini FJ, Thorsten V, Dhaded SM, de Jong DM, Chomba E, et al. Dose of early intervention treatment during children's first 36 months of life is associated with

developmental outcomes: an observational cohort study in three low/low-middle income countries. BMC Pediatr. 2014 Dec;14(1):281.

124. Aboud FE. Evaluation of an early childhood parenting programme in rural Bangladesh. J Health Popul Nutr. 2007 Mar;25(1):3-13.

125. Claire M, Quattoni B, Gioan E. Face aux traumatismes maternels : soin et protection de la mère et de l'enfant. In: Mouchenik Y, Baubet T, Moro MR editors. Manuel des psychotraumatismes. Grenoble: La Pensée Sauvage; 2010

126. Moro MR. Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris :Dunod; 2011 Feb.

# 7 ANNEXES

## 7.1 DÉFINITIONS AUTOUR DE L'IMMIGRATION (1)

Étranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. Un étranger n'est pas forcément immigré, il peut être né en France (les mineurs notamment). L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Migrant : au sens de *migrant international*, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des « immigrants », qu'ils soient français de naissance ou immigrés.

Exilé : terme évoquant le caractère de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du clandestin) ou légitime de la présence de la personne.

Réfugié ou « protégé subsidiaire » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) ou la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.

Asile : protection qu'accorde un Etat à un individu sur son territoire pour lui permettre d'échapper aux risques pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité dans son propre pays.
2 types de protection sont accordés par la France au titre d'asile.
A la suite d'une procédure d'examen unique, le demandeur peut se voir attribuer l'un des 2 statuts suivants :
- statut de réfugié, offre la plus grande protection. Il se concrétise en France par une carte de séjour de 10 ans renouvelable.
- protection subsidiaire, pour ceux qui n'ont pas été reconnus réfugiés. Se traduit par une carte de séjour d'un an, renouvelable seulement si les conditions d'octroi restent remplies.

Ressortissants de pays tiers : hors Union Européenne, Espace économique européen et la Suisse.

Acquisition de la nationalité française : il y a " acquisition " de la nationalité française lorsque l'on devient français après la naissance. L'acquisition de la nationalité française s'opère dans des conditions fixées par la loi. On distingue trois modes d'acquisition de la nationalité française :
- l'acquisition de plein droit : s'obtient à la majorité d'un enfant né en France de deux parents étrangers sous condition de résidence en France de 5 années depuis l'âge de 11 ans.
- l'acquisition par déclaration : s'obtient à la suite d'évènements personnels, essentiellement mariage avec un ressortissant Français ou acquisition anticipée pour les jeunes étrangers nés et

résidant en France. En effet, les enfants de plus de 13 ans nés en France de deux parents étrangers peuvent acquérir la nationalité française par déclaration si la demande est présentée par leurs représentants légaux et s'ils justifient d'une résidence en France de 5 années depuis l'âge de huit ans.
- l'acquisition par décision de l'autorité publique (naturalisation) : s'opère par décret du premier ministre sur proposition du ministre chargé des naturalisations.

Quelles possibilités pour l'obtention de la nationalité française pour les femmes de l'étude :
- Par mariage : la femme doit être mariée depuis au moins 4 ans à une personne française ; elle doit séjourner de façon régulière en France et ne pas avoir fait l'objet d'un arrêté d'expulsion ou d'une interdiction du territoire français ; la communauté affective et matérielle ne doit pas avoir cessé depuis le mariage ; elle doit justifier d'une connaissance orale suffisante de la langue française.
- Etre ascendant d'un français : il faut avoir 65 ans, être l'ascendant direct de français et vivre en France depuis au moins 25 ans.

## 7.2 RECUEIL TYPE POUR LA RCP

*RCP « Périnatalité-grande vulnérabilité »*
*Date*
*Compte-rendu*

**Préambule**

Patiente informée □

Accord signé : □ oui □ non à transmettre

**Informations générales sur la patiente**

NOM de naissance : NOM marital : CONJOINT :

PRENOM :

Date de naissance |_ | _|/|__|__|/|__|__|_ | | Age : Pays de naissance :

Gestité : Parité :

Date théorique du terme de l'accouchement :

Code postal et ville de résidence |__|__|__|__|__|

**RCP**

Date de la RCP : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

AG de la grossesse en cours :

Si accouchée, date de l'accouchement : |__|__|/|__|__|/|__|__|__| _|

**Lieu de la RCP :** Réseau Périnat Aquitaine

**Professionnel à l'initiative de la RCP :**

**Professionnel qui présente le dossier :**

**Evènement de la grossesse motivant des besoins de coordination:**

☐ Précarité en matière de logement et d'hébergement

☐ Précarité administrative de par un parcours de migration et son corolaire, la barrière linguistique

☐ Difficulté d'accès aux soins ou difficulté observée en matière de continuité des soins

☐ Risque potentiel, sur le plan aussi bien médical que psychique ou social, pour l'enfant à naître

☐ Risque de rupture conjugale et isolement social

☐ Risque de complication obstétricale :

- Autre(s) motif(s) : ……

**Recensement du réseau de professionnels en place autour de la femme et du couple**

| **PROFESSIONNEL (A remplir avec identité, qualité et institution du professionnel)** | **NOM** | **TEL/MAIL** | **INVITE** | **PRESENT** |
|---|---|---|---|---|
| Référent du suivi de grossesse | | | | |
| Gynéco/obstétricien | | | | |
| Sage-femme | | | | |
| Médecin de l'enfant | | | | |
| Assistants sociaux | | | | |
| PMI | | | | |
| Médecin Généraliste | | | | |
| | | | | |

**Professionnels invités à titre d'experts, n'intervenant pas dans le parcours de la patiente**

| **PROFESSIONNEL (A remplir avec identité, qualité et institution du professionnel)** | **NOM** | **TEL/MAIL** | **INVITE** | **PRESENT** |
|---|---|---|---|---|
| GYNECO OBSTETRICIEN | | | | |
| SF CADRE Maternité | | | | |
| PEDIATRE | | | | |
| PROFESSIONNEL PMI | | | | |
| RESEAU PSYCHIATRIE PERINATAL | | | | |
| MÉDECIN GÉNÉRALISTE | | | | |
| AS CADRE PASS | | | | |
| ASE | | | | |
| PROF DIDS (service social dépatement 33) | | | | |
| PROFESSIONNEL DE L'HEBERGEMENT D'URGENCE SIAO ……. | | | | |
| | | | | |
| Sage-femme de coordination du RPA | | | | |

**Histoire de la grossesse**

Date de début de grossesse : …

Date de la déclaration de grossesse : …….

Antécédents obstétricaux : …….

Déroulement du début la grossesse : Grossesse suivie maternité Bagatelle – Diabète gestationnel (Suivi HAD)

**EPP** Réalisé □ non □ oui

Besoins exprimés par la femme, le couple, la famille : ……

**Points soulevés et propositions faite *à l'issue des tours de table***

| **Situation familiale** | **Suivi proposé** |
|---|---|
| **Situation administrative** | **Suivi proposé** |
| **Situation médicale** | **Suivi proposé** |
| **Situation d'accès aux soins** | **Suivi proposé** |
| **Situation liée au logement** | **Suivi proposé** |
| **Situation sociale** | **Suivi proposé** |

**En synthèse**
*Il s'agit de décrire les modalités de prise en charge et de coordination des acteurs qui en découlent : Qui fait quoi ?*

**Modalités de prise en charge après la sortie de la maternité**

**Choix du référent qui transmet à la patiente les propositions faites en RCP**

**Modalités de transmission du compte-rendu**

**Modalités de communication entre acteurs du parcours de soins :**
Coordonnées Mail et téléphones joints au compte-rendu

Merci de communiquer entre vous sur les évolutions de la situation pour la cohérence et la continuité du parcours de soin
Le CR peut être transmis, **avec l'accord de la patiente**, aux nouveaux acteurs du suivi

## 7.3 CARNET DE CONSULTATION

N° d'anonymat

**CARNET DE CONSULTATION 36 MOIS**

NOM/PRENOM
DATE DE NAISSANCE
SEXE ○ F ○ M

DATE DE L'EXAMEN
EXAMINATEUR (nom et qualité)
ACCOMPAGNATEUR PRESENT
AGE REEL/AGE CORRIGE /
POIDS/DS TAILLE/DS PC/DS

**ANTERIORITE**

- Lieu de suivi de la grossesse
- Complication pendant la grossesse
- Mode d'accouchement
- Terme de naissance
- Mensurations à la naissance
  - poids/DS
  - taille/DS
  - PC/DS
- APGAR à 1/5/10 minutes / / /
- Gestes techniques spécialisés à la naissance
- Pathologie à la naissance
- Durée de l'hospitalisation à la maternité
- Allaitement ○ maternel ○ artificiel ○ mixte durée
- Suivi habituel ○ médecin traitant ○ pédiatre ○ PMI
- Prise en charge complémentaire
- En cas de prise en charge complémentaire, suivi régulier et assidu ?
- Maladies et interventions chirurgicales
- Hospitalisation après la période néonatale ○ oui ○ non durée

**MERE**

- Mère : date de naissance/nationalité/toxiques pendant la grossesse
  /
- Comprend le Français ○ oui ○ non
- Parle français ○ oui ○ non
- Adresse fixe ○ oui ○ non ○ hôtel ○ foyer ○ squat
- Situation légale ○ oui ○ non
- Couverture sociale ○ CMU ○ AME ○ autre
- Suivi médical aucun/médecin traitant/MT + spécialiste
- Accompagnement social actuel
- Formation/travail
- Revenus
- Comment se sent le parent ○ inquiet ○ fatigué ○ sensation d'isolement
- Pathologie psychiatrique ○ oui ○ non
- Suivi psychologique ○ oui ○ non

- Dépistage MINI sd dépressif :
  - Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours
  - Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?
- Dépistage MINI Etat de Stress Post-Traumatique
  - Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? (accident grave, agression, viol, attentat, prise d'otages, kidnapping, incendie, découverte de cadavre, mort subite dans l'entourage, guerre, catastrophe naturelle…)
  - Depuis, avez-vous eu une période durant laquelle vous avez souvent pensé de façon pénible à cet événement, ou en avez-vous souvent rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?
- Traitement
- Consommation de substance

PERE : date de naissance/nationalité/profession / /
AUTORITE PARENTALE ○ père ○ mère ○ famille d'accueil ○ établissement
FRATRIE

**EVENEMENTS DEPUIS LA DERNIERE CONSULTATION**

- Evènements familiaux marquants
- Changement de situation

**TRAITEMENT EN COURS**

VACCINATIONS :

- Date de la 1ère vaccination
- Vaccins obligatoires à jour ○ oui ○ non
- Autres vaccinations à jour ○ oui ○ non

**MODE D'ACCUEIL**

- A domicile ○ mère ○ père ○ autre
- ○ école ○ crèche ○ assistante maternelle ○ autre
- Mode d'accueil envisagé

**RISQUE DE SATURNISME**

Si au moins une réponse est positive, le médecin prescrira une plombémie à l'enfant et remplira le formulaire Cerfa n°12378*03. ○ oui ○ non

- L'enfant habite ou fréquente régulièrement un bâtiment ancien construit avant 1975, (surtout s'il a été construit avant 1949) ou encore dont la date de construction est inconnue et :
  - o les peintures sont écaillées (murs, huisseries, ferronneries, etc.)
  - o ou des travaux de rénovation (notamment décapage ou ponçage de vieilles peintures) ont été récemment réalisés ;
- Ou l'enfant mange des écailles de peinture (activités main-bouche ; comportement de Pica).
- L'enfant consomme de l'eau du robinet et la présence de canalisations en plomb dans le logement est connue.
- Une ou plusieurs personnes dans l'entourage de l'enfant fument régulièrement dans le logement en présence de l'enfant.
- Dans l'entourage de l'enfant, une autre personne (famille ou voisin du même bâtiment) est, ou a été, intoxiquée par le plomb.
- Les parents (ou l'enfant) exercent une activité à risque d'exposition au plomb: professionnelle (industrielle, artisanale,) ou de loisir (tir, chasse, pêche, modélisme), y compris une activité de récupération (ferraillage).
- L'enfant est arrivé récemment (moins d'un an) en France (ou fait des séjours réguliers dans un pays à risque).
- L'enfant habite ou fréquente régulièrement des lieux proches d'un site industriel à risque, en activité ou non, ou un lieu de vie précaire (squat, bidonville).
- L'enfant consomme des fruits ou des légumes cultivés dans un jardin proche d'un site industriel rejetant ou ayant rejeté du plomb dans l'atmosphère.
- L'enfant reçoit des remèdes traditionnels.
- Des cosmétiques traditionnels sont utilisés sur l'enfant.
- Des ustensiles de cuisine ou une vaisselle en céramique artisanale ou en alliage métallique contenant du plomb sont utilisés pour les repas de l'enfant.

**ALIMENTATION**

- repas partagé en famille ○ oui ○ non
- accepte les morceaux/les textures ○ oui ○ non
- selon les parents :
  - ○ pas de problème ou petites difficultés facilement résolues
  - ○ difficultés moyennes demandant une certaine implication
  - ○ difficultés importantes, précoces, quotidiennes

**SOMMEIL**

- lieu ○ dans sa chambre ○ dans la chambre des parents ○ dans le lit des parents
- difficulté d'endormissement ○ oui ○ non
- se réveille la nuit ○ oui ○ non
- signes de SAOS oui/non
- selon les parents :
  - ○ pas de problème ou petites difficultés facilement résolues
  - ○ difficultés moyennes demandant une certaine implication
  - ○ difficultés importantes, précoces, quotidiennes

**DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COGNITIF (au cours de la consultation)**

- Se module au cours de la consultation : oui/non
- relation ○ spontanée et facile ○ initie la relation
- contact ○ fugace ○ fuyant ou impossible ○ regard vide ou transparent
- se tourne préférentiellement vers son parent et peut-être consolé ○ oui ○ non
- pas de différence entre les personnes familières et les inconnus ○ oui ○ non
- semble dans son propre monde ○ oui ○ non
- peut jouer seul, à distance de son parent ○ oui ○ non
- ne tient pas compte de la présence ou l'absence de l'autre
- relation sécure/mixte/insécure

**PRE REQUIS A LA COMMUNICATION (au cours de la consultation)**

- mots sociaux
- gestes sociaux
- répond à son prénom
- attention conjointe
- pointe du doigt
- demande de l'aide pour accéder à ce qu'il souhaite
- imitation
- jeux de faire-semblant

**INDIVIDUALISATION**

- Oppositions et colères adaptées ○ oui ○ non
  - Intolérance à la frustration
  - Colères facilement calmables
  - Hétéro ou auto agressivité
  - Aucune réaction à la frustration
  - Intolérance à la frustration ○ oui ○ non
- Exprime ses émotions oui/non
- Parle de lui en disant moi ou en utilisant son prénom oui/non
- Sait si c'est un garçon ou une fille oui/non

**CONTACT SOCIAL**

- DENVER

**LANGAGE**

- Bilinguisme oui/non
- Ne comprend pas ce qu'on lui demande oui/non
- N'obéit à la consigne que si elle accompagnée d'un geste oui/non
- Ne comprend pas ce que l'attend de lui oui/on
- Enfant silencieux ou ne s'exprimant par des cris oui/non
- Régression ou arrêt brutal du langage oui/non
- DENVER
- DPL 3

**MOTRICITE FINE**

*Préhension et coordination :*

- Utilise les mains en alternance ○ oui ○ non

*Organisations praxiques/des jeux*

- Jeu d'encastrement ○ oui ○ non
- DENVER

**MOTRICITE GLOBALE**

- station debout stable sans appui ○ oui ○ non
- passage accroupi/debout sans difficulté ○ oui ○ non
- marche fluide ○ oui ○ non
  - atypique : pointe des pieds/inégalité du pas
  - chutes fréquentes ○ oui ○ non
- semble à l'aise dans son corps et dans ses mouvements
- DENVER

**DOMAINE SENSORIEL**

*Visuel :*

- fixation facile ○ oui ○ non
- supporte l'occlusion d'un œil ○ oui ○ non
- poursuite oculaire fluide ○ oui ○ non
- reflet pupillaire symétrique ○ oui ○ non
- strabisme/nystagmus

*Auditif :*

- ATCD d'otites ○ oui ○ non
- Troubles de l'audition déjà détectés ○ oui ○ non
- Crie, parle fort, retard de langage, absence de réponse ○ oui ○ non
- Test à la voix chuchotée (se placer derrière l'enfant à environ 40 cm, chuchoter des mots usuels et lui demander de répéter de la même manière)

*Hypersensorialité*

**EXAMEN SOMATIQUE**

- taches cutanées
- gibbosité/cyphose/dysraphisme
- signes médullaires et centraux
- Adénopathies
- Toux chronique
- Hématurie
- Diarrhée chronique
- nombre de dents
- autre

**SYNTHESE DE LA CONSULTATION**

*Comportement de l'enfant :*

disponible, calme, éveillé 1 2 3 4 5 non disponible pleure, hurle, agité

Echelle de Denver : en +, évaluation comportementale

- sentiment exprimé ○ 0 ○ 1 ○ 2
- qualité de la relation au testeur ○ 0 ○ 1 ○ 2
- capacité d'attention ○ 0 ○ 1 ○ 2
- communication verbale ○ 0 ○ 1 ○ 2
- confiance en soi ○ 0 ○ 1 ○ 2

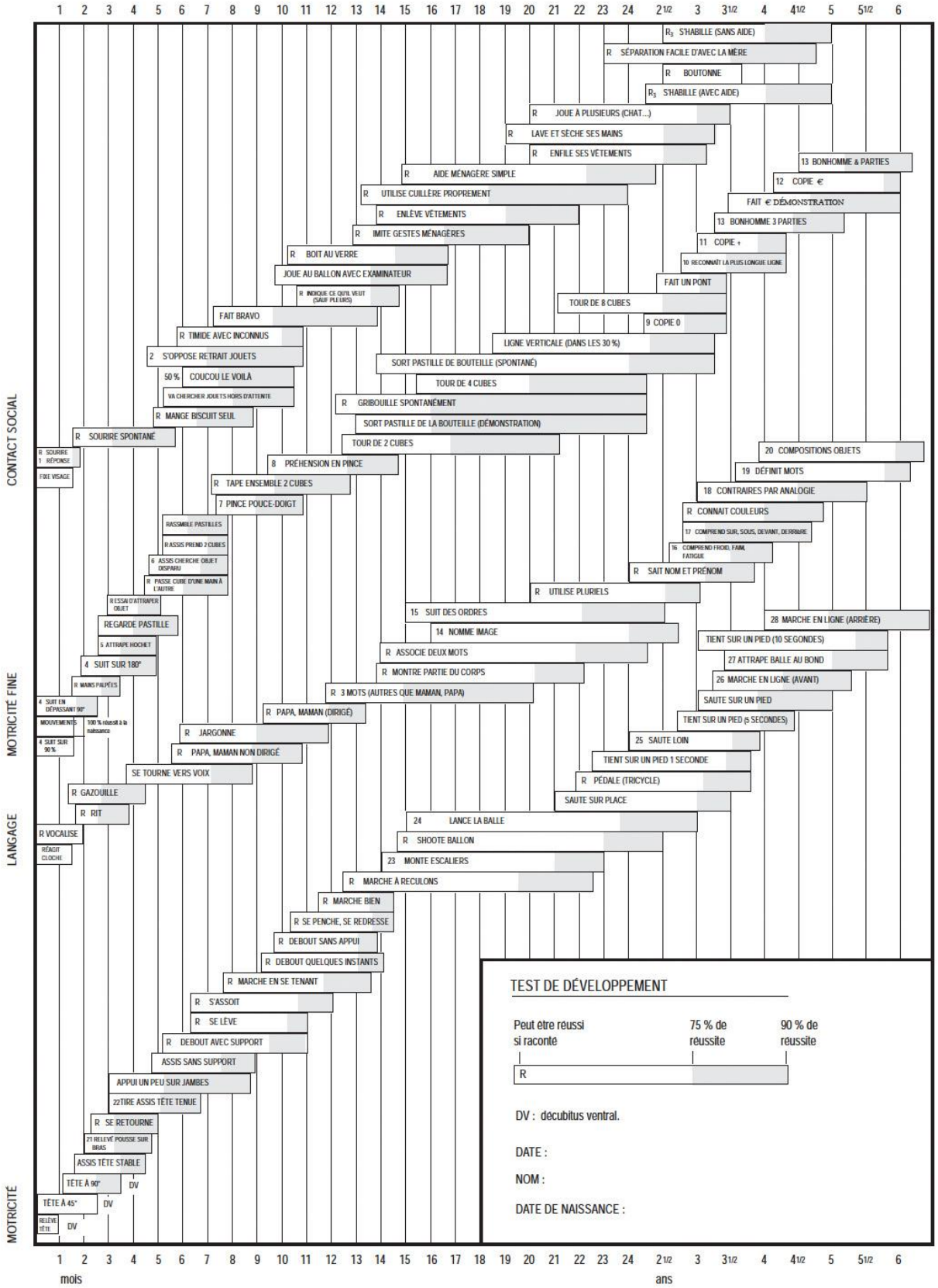
*Vécu familial suite aux problèmes de l'enfant :*

○ pas de répercussion
○ contrainte modérée ayant peu d'impact
○ inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable sur la famille
○ impact très lourd ayant complètement bouleversé la famille

*Prise en charge souhaitée :*

- ○ Aucune
- ○ Pédopsychiatre libéral / institutionnel (CAMSP/CMP/CMPP)
- ○ Prise en charge globale institutionnelle (CAMSP/CMP/CMPP/SESSAD)
- ○ Autre médecin spécialisé
- ○ Paramédical

## 7.4 ECHELLE DE DENVER



**DENVER Indications**

Nom
Date de naissance
N° dossier

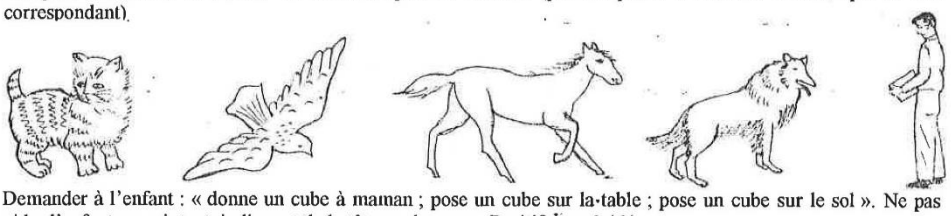
Date

1. Obtenir de l'enfant qu'il sourie en lui souriant, lui parlant ou lui faisant signe. Ne le touchez pas.
2. Pendant que l'enfant joue avec un jouet, le lui retirer. Positif si l'enfant résiste.
3. Il n'est pas nécessaire que l'enfant sache nouer ses lacets ou boutonner un vêtement dans le dos.
4. Déplacer le jouet lentement en arc de cercle, à environ 20 cm au-dessus du visage de l'enfant. Positif si le regard suit à 90° jusqu'à la ligne médiane. Dépasse la LM. Suit 180°.
5. Positif si l'enfant attrape le hochet quand il est touché du dos ou du bout des doigts.
6. Positif si l'enfant persiste à regarder l'endroit où le hochet à disparu ou tente de voir où il est parti. Le hochet devra être escamotté rapidement par l'examinateur sans mouvement du bras.
7. Positif si l'enfant saisit le raisin avec n'importe quelle partie du pouce et un autre doigt.
8. Positif si l'enfant saisit le raisin avec le bout du pouce et l'index, en amenant la main au-dessus du raisin.

9. Positif pour n'importe quelle forme fermée. Echec pour forme arrondie continue
10. Laquelle de ces lignes est la plus longue (pas la plus grande). Retourner la feuille et reposer la question (3/3 ou 5/6).
11. Positif pour n'importe quelle croix.
12. L'enfant doit copier d'abord. S'il échoue, lui montrer l'exemple.

Aux tests 9, 11 et 12, ne nommez pas les formes. Ne montrez pas l'exemple pour les tests 9 et 11.

13. Pour le score, chaque paire (2 bras, 2 jambes, etc....) compte pour 1 partie.
14. Désigner un dessin et obtenir de l'enfant qu'il le nomme (pas de point si l'enfant n'émet que le son correspondant).



15. Demander à l'enfant : « donne un cube à maman ; pose un cube sur la table ; pose un cube sur le sol ». Ne pas aider l'enfant en pointant, indiquant de la tête ou des yeux. Positif pour 2 / 3.
16. Demander à l'enfant : que fais-tu quand tu as froid ? ... faim ? ... quand tu es fatigué ? Positif pour 2 sur 3.
17. Demander à l'enfant : pose un cube sur la table ; sous la table ; devant la chaise ; derrière la chaise. Positif pour 3 sur 4 (ne pas aider l'enfant en pointant du doigt ou bougeant la tête ou les yeux).
18. Demander à l'enfant : si le feu est chaud, la glace est ? ; maman est une femme, papa est un ? ; le cheval est grand, la souris est ?. Positif pour 2 sur 3.
19. Demander à l'enfant : qu'est ce qu'une balle ? ... un lac ? ... un bureau ? ... une maison ? ... une banane ? ... un rideau ? ... un plafond ? ... un buisson ? ... un trottoir ? Positif si la définition se fait en terme d'utilité, de forme, de matière ou de catégorie générale (ex : la banane est un fruit, pas seulement jaune). Positif pour 6 sur 9.
20. Demander à l'enfant : de quoi est fait une cuillère ? ... une chaussure ? ... une porte ? (pas de substitution par d'autres objets). Positif pour 3 sur 3.
21. Quand il est placé sur le ventre, l'enfant redresse sa poitrine de la table en se soutenant sur ses avant-bras et/ou ses mains.
22. Quand l'enfant est sur le dos, agripper ses mains et le tirer vers la position assise. Positif si la tête ne tombe pas vers l'arrière.
23. L'enfant peut s'aider du mur ou de la rampe, mais pas d'une personne. Il ne peut pas ramper.
24. L'enfant doit lancer la balle à un mètre environ devant lui, dans la direction de l'examinateur.
25. L'enfant doit réussir un saut en station debout, par dessus la largeur de la feuille de test.
26. Demander à l'enfant de marcher vers l'avant sur une ligne, le talon à moins de trois centimètres des orteils.
27. Envoyer la balle au rebond à l'enfant, qui doit se tenir à 1 mètre environ de l'examinateur. L'enfant doit attraper la balle avec les mains, pas les bras. Positif pour 2 essais réussis sur 3.
28. Demander à l'enfant de marcher à reculons sur une ligne, les orteils à moins de 3 centimètres du talon. L'examinateur peut montrer l'exemple. L'enfant doit effectuer 4 pas consécutifs, positif pour 2 essais réussis sur 3.

Date et observations comportementales (la façon dont l'enfant se sent au moment du test ; la relation à l'examinateur ; le degré d'attention ; le comportement verbal ; la confiance en lui ; etc.... ) :

## 7.5 DPL3

**QUESTIONNAIRE POUR LE REPERAGE DES TROUBLES DU LANGAGE CHEZ L'ENFANT DE TROIS ANS A TROIS ANS ET DEMI**

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Sexe : M ❑ F ❑ Âge : ..... mois **Rempli le :** .....

Profession des parents : Père : .....

Mère : .....

Ecole : ..... Ville : .....

- **L'enfant communique spontanément avec les adultes** oui ☐ non ☐ ☐
- **L'enfant utilise spontanément le langage oral dans les activités** oui ☐ non ☐ ☐
- **L'enfant exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés**
  Exemples :
  oui ☐ non ☐ ☐
- **L'enfant fait ses premiers bonshommes têtards (B)**

| Éléments identifiés | | | |
|---|---|---|---|
| tête | ☐ | 2 oreilles | ☐ |
| 2 yeux | ☐ | ventre | ☐ |
| 2 jambes | ☐ | 2 bras | ☐ |
| bouche | ☐ | 2 mains | ☐ |
| nez | ☐ | 2 pieds | ☐ |
| cheveux | ☐ | autre(s) | ☐ |

**score B :** ≥ 3 oui ☐ non ☐ ☐

- **L'enfant imite le cercle, le ferme**

| Caractéristiques de la figure | | |
|---|---|---|
| arrondie ☐ | sans angle ni trait droit ☐ | fermée ☐ |

3 caractéristiques oui ☐ non ☐ ☐

- **L'enfant nomme lorsqu'on lui demande (VA)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Rouge ☐ | Bleu ☐ | Vert ☐ | Jaune ☐ | |
| Debout ☐ | Couché ☐ | Assis ☐ | | |
| Devant ☐ | Derrière ☐ | | | |
| En haut ☐ | En bas ☐ | Genou ☐ | Menton ☐ | |
| Vache ☐ | Cheval ☐ | | | |
| Jupe ☐ | Pull ☐ | Pyjama ☐ | Robe ☐ | Bottes ☐ |

**score VA :** **/ 20** ≥ 11 oui ☐ non ☐ ☐

- **L'enfant désigne sur demande (VP)**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Bleu ☐ | Vert ☐ | Jaune ☐ | |
| Devant toi ☐ | Derrière toi ☐ | | |
| En haut ☐ | En bas ☐ | Genou ☐ | Menton ☐ |
| Jupe ☐ | Pyjama ☐ | Robe ☐ | |

**score VP :** **/ 12** ≥ 8 oui ☐ non ☐ ☐

- **L'enfant comprend des ordres simples non accompagnés de gestes** oui ☐ non ☐ ☐
- **L'enfant construit des phrases de type S + V + C et utilise le "*je*" à l'occasion** oui ☐ non ☐ ☐
- **L'enfant articule de façon satisfaisante pour que le message soit compris** oui ☐ non ☐ ☐

D.P.L. 3

Ortho EDITION

## Observations

### Comportement général

| | | |
|---|---|---|
| Style de communication | enfant sociable ☐ | enfant réservé ☐ |
| Comportement | stable ☐ | instable ☐ |
| Entrée en relation | regarde l'interlocuteur ☐ | ne regarde pas l'interlocuteur ☐ |

### Versant réception

| | | |
|---|---|---|
| Fixe les lèvres | oui ☐ | non ☐ |
| Fait répéter | oui ☐ | non ☐ |
| Comprend en situation | oui ☐ | non ☐ |

### Versant production

| | | |
|---|---|---|
| A tendance à bégayer | oui ☐ | non ☐ |
| Répète en écho ce qui est dit | oui ☐ | non ☐ |
| Est très peu intelligible | oui ☐ | non ☐ |
| Suce (un doigt, une tétine, le biberon…) | oui ☐ | non ☐ |
| Présente un bavage | oui ☐ | non ☐ |

### Pendant les activités sur feuille

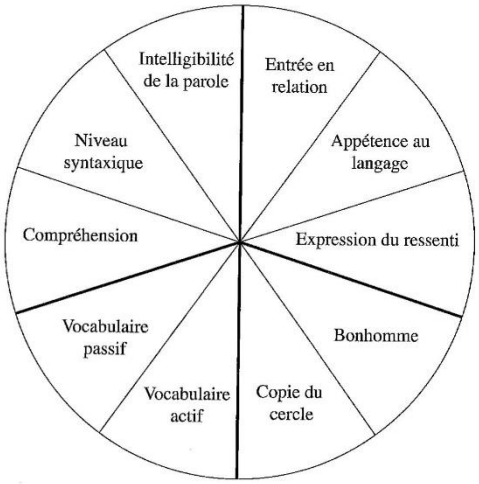
| | | |
|---|---|---|
| Main utilisée | droite ☐ | gauche ☐ |
| Tenue de crayon | correcte ☐ | incorrecte ☐ |

### Environnement langagier

| | | |
|---|---|---|
| Autre langue parlée à la maison | oui ☐ | non ☐ |
| Laquelle ? | | |

### Scolarisation

| | | |
|---|---|---|
| Âge d'entrée à l'école | | |
| Absentéisme important | oui ☐ | non ☐ |




## Conclusion

**Score total** ☐

| Classement d'après le score | Reclassement éventuel |
|---|---|
| SATISFAISANT ☐ | FRAGILE ☐ |
| FRAGILE ☐ | EN DIFFICULTE ☐ |
| EN DIFFICULTE ☐ | Motif : |

### Utilisateur(s)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Enseignant | ☐ Médecin | ☐ Autre | ☐ Orthophoniste partenaire |

D.P.L.3

Ortho EDITION

## 7.6 M-CHAT

**M-CHAT: Version française**

Remplissez les questions en fonction du comportement habituel de votre enfant. Si le comportement se manifeste de façon irrégulière (par exemple si vous ne l'avez vu qu'une seule fois ou deux), ignorez-le dans vos réponses.

| | | |
|---|---|---|
| 1. Votre enfant aime t-il être balancé sur vos genoux? | Oui | Non |
| 2. Votre enfant s'intéresse t-il à d'autres enfants? | Oui | Non |
| 3. Votre enfant aime t-il monter sur des meubles ou des escaliers? | Oui | Non |
| 4. Votre enfant aime t-il jouer aux jeux de cache-cache ou 'coucou me voilà'? | Oui | Non |
| 5. Votre enfant joue t-il a des jeux de faire semblant, par exemple, fait-il semblant de parler au téléphone ou joue t-il avec des peluches ou des poupées ou à d'autres jeux? | Oui | Non |
| 6. Votre enfant utilise t-il son index pour pointer en demandant quelque chose? | Oui | Non |
| 7. Votre enfant utilise t-il son index en pointant pour vous montrer des choses qui l'intéressent? | Oui | Non |
| 8. Votre enfant joue t-il correctement avec de petits jouets (des voitures, des cubes) sans les porter à la bouche, tripoter ou les faire tomber? | Oui | Non |
| 9. Votre enfant amène t-il de objets pour vous les montrer? | Oui | Non |
| 10. Votre enfant regarde t-il dans vos yeux plus d'une seconde ou deux? | Oui | Non |
| 11. Arrive t-il que votre enfant semble excessivement sensible à des bruits? (jusqu'à se boucher les oreilles) | Oui | Non |
| 12. Votre enfant vous sourit-il en réponse à votre sourire? | Oui | Non |
| 13. Votre enfant vous imite t-il? (par exemple, si vous faites une grimace, le ferait-il en imitation?) | Oui | Non |
| 14. Votre enfant répond-il à son nom quand vous l'appelez? | Oui | Non |
| 15. Si vous pointez vers un jouet de l'autre côté de la pièce, votre enfant suivra t-il des yeux? | Oui | Non |
| 16. Votre enfant marche t-il sans aide? | Oui | Non |
| 17. Votre enfant regarde t-il des objets que vous regardez? | Oui | Non |
| 18. Votre enfant fait-il des gestes inhabituels avec ses mains près du visage? | Oui | Non |
| 19. Votre enfant essaie t-il d'attirer votre attention vers son activité? | Oui | Non |
| 20. Vous êtes vous demandé si votre enfant était sourd? | Oui | Non |
| 21. Votre enfant comprend-il ce que les gens disent? | Oui | Non |
| 22. Arrive t-il que votre enfant regarde dans le vide ou qu'il se promène sans but? | Oui | Non |
| 23. Votre enfant regarde t-il votre visage pour vérifier votre réaction quand il est face à une situation inhabituelle? | Oui | Non |

1999 Robins, D., Fein, D., Barton, M., & Green, J. (2001). The Modified Checklist for Autism on Toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 31(2), 131-144.

**M-CHAT : Manuel de cotation**

Il faut suspecter un diagnostic d'autisme quand l'enfant n'obtient pas les mêmes réponses que sur la grille de cotation à soit **deux des items considérés comme critiques**, soit quand il n'obtient pas les mêmes réponses **à trois items**.

Les réponses oui/non sont traduites en réponses normale/à risque autistique.
Ci-dessous sont les réponses à risque autistique.
Les items en **GRAS MAJUSCULES** sont les items critiques.

Il n'est pas dit que tous les enfants à risque autistique à ce questionnaire auront un diagnostic d'autisme. Cependant, ces enfants devraient avoir une évaluation plus approfondie par des spécialistes.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. No | 6. No | 11. No | 16. No | 21. No |
| **2. NO** | **7. NO** | 12. No | 17. No | 22. Yes |
| 3. No | 8. No | **13. NO** | 18. Yes | 23. No |
| 4. No | **9. NO** | **14. NO** | 19. No | |
| 5. No | 10. No | **15. NO** | 20. Yes | |

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.
Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.
Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.
J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.
J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

**Introduction** : De nombreuses études ont objectivé l'impact négatif des vulnérabilités médico-psycho-sociales maternelles sur le développement cognitif des enfants. En Nouvelle-Aquitaine, la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) « Périnatalité-Grande Vulnérabilité » permet d'élaborer un parcours de soin pour chaque femme enceinte en situation de grande vulnérabilité. Nous avons souhaité évaluer le devenir médico-psycho-social des dyades mère-enfant à distance de la RCP. Notre objectif était d'évaluer l'état de santé et le développement cognitif des enfants. **Matériel et Méthode** : Nous avons réalisé une étude transversale observationnelle descriptive. Nous avons rencontré les enfants âgés de 18 mois à 4 ans entre mai 2018 et janvier 2019 dont les mères ont été incluses en RCP entre novembre 2014 et mars 2017. Nous avons recueilli des données concernant le statut médico-psycho-social de la mère au moment de la RCP et lors de la consultation ainsi que des informations concernant l'état de santé et le développement cognitif de l'enfant à l'aide de plusieurs échelles validées. **Résultats** : Nous avons recueilli 52 dossiers et inclus 16 enfants. Tous les enfants étaient vaccinés ; 25% étaient en insuffisance pondérale. 37,5 % présentaient un développement considéré comme suspect pour la motricité fine, 12,5 % avaient un retard de langage et 43,8 % des difficultés de comportement. Nous avons orienté 43,8 % des enfants pour une prise en charge complémentaire en orthophonie, psychomotricité ou en Centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent (CMPEA). Parmi les 4 dyades dont la situation psycho-sociale était stabilisée, 3 enfants étaient en bonne santé et ne nécessitaient pas de suivi. **Conclusion** : Les enfants de notre étude sont plus à risque de troubles cognitifs et de troubles du comportement. Il est indispensable d'améliorer le suivi de ces dyades vulnérables et favoriser la stabilité sociale maternelle pour sécuriser le développement de l'enfant.

**Health status and cognitive development of children in a context of maternal high vulnerability**

**Introduction:** Numerous studies have objectified the negative impact of maternal medical, psychological and social vulnerabilities on the cognitive development of the child.
In New Aquitaine Region, it exists a multidisciplinary meeting (MDM) "Perinatality and Extreme Vulnerability" in charge of developing a health care pathway aimed for highly vulnerable pregnant women. We wanted to assess the outcome of these women and their children. We aimed to evaluate the health and psychomotor development of the children. **Material and methods:** We have carried out a descriptive observational cross-sectional study. Between May 2018 and January 2019, we saw in consultation children between 18 months and 4 years old, whom mothers had been included in MDM between November 2014 and May 2017. We have collected data about mothers' medical, psychological and social status at both date MDM and consultation times as well as informations regarding children's health and cognitive development with valid screening tests. **Results:** We gathered 52 records and included 16 children. 37,5 % presented a developement considered suspicious for fine motor skills, 12,5 % had language deficiency, 43,8 % had behavioural difficulties. 43,8 % children were referred to additional cares in speech-language therapy, psychomotricity or to a Medico-psychological Centre for child and adolescent (CMPEA). Among the four dyads which psycho-social situation has stabilized, 3 children were healthy and needed no follow-up.
**Conclusion:** The children of our research are at higher risk for cognitive and behavioral disorders. Thus, it is essential to improve the follow-up of those vulnerable women and their child and promote maternal social stability to ensure the development of the child.

**Mots-clés :** développement de l'enfant, relation mère-enfant, vulnérabilité, réseau de suivi
**Discipline : Médecine DES Pédiatrie**
**Université de BORDEAUX 146 rue Léo Saignant 33000 BORDEAUX**