

Parentalité et troubles addictifs :
Optimiser la prévention
en harmonisant les pratiques d'intervention
dans le cadre d'un travail en réseau

Protocole d'intervention

Protocole d'intervention

Parentalité et troubles addictifs :

Optimiser la prévention
en harmonisant les pratiques d'intervention
dans le cadre d'un travail en réseau

I.	PROBLEMATIQUE	2
II.	OBJECTIFS DU RESEAU	2
III.	PRINCIPES ETHIQUES D'INTERVENTION	2
IV.	PHASE ANTE-NATALE	2
	1. Population cible	2
	2. Composition du réseau et rôle spécifique de chaque intervenant	3
	3. Dispositions spécifiques en cas de non collaboration de la future maman.....	3
	4. Modalités d'application du modèle susmentionné.....	4
V.	PHASE POST-NATALE INTRA-HOSPITALIERE	4
VI.	PHASE POST-NATALE EXTRA-HOSPITALIERE	5
	1. Intervention pluridisciplinaire : composition du réseau.....	5
	2. Coordination	5
	3. Fréquence des rencontres.....	5
VII.	SYNTHESE DU PLAN D'INTERVENTION	6

Annexes :

- A. Tableaux des prestations :
 - 1. Période ante-natale
 - 2. Période post-natale intra-hospitalière
 - 3. Période post-natale extra-hospitalière
- B. Dossier d'information sur les prestations des différents services
- C. Loi du 24 octobre 1985 sur les mesures d'assistance et la privation de liberté (extrait)

I. PROBLEMATIQUE

Les enfants de parents souffrant de troubles addictifs encourent, dès la conception, des risques non négligeables d'atteinte à leur développement et à leur santé.

Sur la base de ce constat, un protocole d'intervention a été élaboré par le GT susmentionné en vue d'une prise en charge concertée et coordonnée entre les professionnels des milieux médicaux et sociaux.

II. OBJECTIFS DU RESEAU

- Améliorer l'accompagnement bio-psycho-social des futurs parents souffrant de troubles addictifs et, a fortiori, les conditions développementales de leur enfant;
- Assurer efficacement la sécurité de l'enfant dès que possible ;
- Préparer dès que possible les conditions du post-partum pour favoriser la création d'un lien parent-enfant harmonieux ;
- Offrir aux parents fragilisés un soutien efficace dans l'apprentissage du métier de parent pour qu'ils puissent s'approprier les compétences nécessaires au bon développement de leur enfant et à sa sécurité, ainsi qu'à l'élaboration d'une relation harmonieuse.

III. PRINCIPES ETHIQUES D'INTERVENTION

1. Valoriser les ressources et les compétences des futurs parents et de leur réseau primaire

A chacune des étapes, il s'agira de mobiliser, d'étayer et de valoriser les ressources des parents et de leur réseau primaire, tout en évitant de fonctionner sur le mode de la « pensée déficitaire ».

2. Susciter l'aide volontaire

3. Recours subsidiaire à des mesures d'aide contrainte

Dans les cas où les parents ou futurs parents ne parviendraient pas à entrer dans une relation d'aide pourtant nécessaire, il y aura lieu de prendre des mesures n'emportant pas forcément leur adhésion, telles que la mise en place d'un réseau d'intervention dans le cadre d'un dispositif d'aide contrainte (cf. pt IV, ch. 3).

4. Transparence bienveillante

Optimiser la circulation de l'information permet d'optimiser la cohérence de la prise en charge. Autrement dit, les réunions de réseau devront permettre à chacun de se faire une représentation relativement fiable et éclairée de la situation. Ce principe exige que chaque membre du réseau accepte de communiquer les observations qu'il a pu effectuer dans l'exercice de ses fonctions, pour autant qu'elles soient pertinentes et utiles à la prise en charge. La transparence devra être « bienveillante », de manière à ne pas tomber comme un couperet sur un condamné mais à ouvrir des perspectives d'amélioration de la prise en charge.

IV. PHASE ANTE-NATALE

1. Population cible

Sont dites « à risque » les grossesses de femmes souffrant de troubles addictifs.

2. Composition du réseau et rôle spécifique de chaque intervenant (cf. annexe A, ch. 1 : Tableau des prestations « période ante-natale »)

Actuellement déjà, un colloque hebdomadaire réunit obstétriciens et pédiatres hospitaliers du site delémontain, autour des grossesses suivies par leurs soins.

Pour favoriser un éclairage interdisciplinaire sur le suivi des grossesses de parturientes souffrant de troubles addictifs, cette cellule dyadique devra être élargie de manière à réunir les professionnels suivants, à intervalles réguliers :

- Obstétricien
- Pédiatre
- Sage-femme
- Pédopsychiatre du CMP pour enfants et adolescents
- Psychiatre du CMP adultes
- Médecin traitant de la parturiente et/ou prescripteur du traitement de substitution
- Intervenant de trans-AT avec l'accord de la personne, ou en cas de recours aux mesures d'aide contrainte (cf. pt 3)
- Tuteur de la mère en cas de tutelle
- Assistante sociale de l'hôpital H-JU ou secrétaire médicale
- Future maman et son conjoint lorsque ceux-ci le souhaitent.

3. Dispositions spécifiques en cas de non collaboration de la future maman

Si la collaboration de la future maman est estimée insatisfaisante au vu des objectifs visés par le présent protocole, les professionnels pourront recourir à des mesures d'aide contrainte, selon les modalités décrites ci-après.

Relevons toutefois que dans les cas extrêmes de grave mise en danger, seule une mesure privative de liberté à des fins d'assistance, commandée par l'art. 397a CCS, sera susceptible d'offrir de réelles garanties.

a. Signalement à l'autorité tutélaire du domicile de la parturiente

Confronté à une grossesse à risque que la mère aurait décidé de mener à terme sans que son comportement ne donne satisfaction eu égard aux intérêts de l'enfant à naître, le médecin est habilité à aviser l'autorité tutélaire en vue de mesures de protection.

Sous réserve de péril en la demeure, il doit préalablement se faire délier du secret médical par le médecin cantonal (à moins que l'intéressée ne soit d'accord de le délier elle-même du secret).

Il va sans dire que tout citoyen ayant constaté des éléments susceptibles de porter atteinte au développement de l'enfant est également habilité à communiquer ses observations à l'autorité tutélaire.

b. Intervention plurielle et coordonnée sur mandat de l'autorité tutélaire

A réception d'un tel signalement, l'autorité tutélaire est habilitée à ordonner des mesures en faveur de la mère, qui pourraient s'avérer bénéfiques pour l'enfant également¹, et ce sur la base de la loi cantonale sur les mesures d'assistance et la privation de liberté (cf. annexe C / extrait).

¹ RSJU 213.32 Loi du 24 octobre 1985 sur les mesures d'assistance et la privation de liberté ; cf. <http://rsju.jura.ch/>

Dans le cadre des mesures préalables, à défaut de pouvoir instituer directement une curatelle de représentation en faveur de l'enfant à naître, elle peut notamment mandater les professionnels et services compétents pour évaluer la situation et assurer le suivi médico-social et psychosocial de la personne.

Ces dispositions auront pour finalité de permettre la circulation de l'information et la collaboration entre les médecins en charge du suivi obstétrical et les services médico-sociaux et psychosociaux spécialisés tels que trans-AT, CMP/CMPEA et/ou Pro Infirmis (en cas de troubles psychiques conjoints), ainsi que les services sociaux régionaux et/ou autres services concernés.

Dans cette optique, attendu la menace de retrait de l'enfant à la naissance, le travail sous mandat sera considéré comme un levier mobilisateur visant à amener le parent à initier un processus de changement et à entreprendre quelque chose pour aller mieux.

4. Modalités d'application du modèle susmentionné

Afin que le présent modèle soit fonctionnel, il conviendra que tous les acteurs concernés, dont bien évidemment les autorités tutélaires et les prestataires de soins, en aient connaissance et s'y conforment.

V. PHASE POST-NATALE INTRA-HOSPITALIERE

(cf. annexe A, ch. 2 : Tableau des prestations : « période post-natale intra-hospitalière »)

Le dispositif imaginé en phase ante-natale perdurera après l'accouchement et durant toute la période de sevrage de l'enfant.

Le réseau se verra toutefois agrandi des membres suivants : la puéricultrice et le futur pédiatre de l'enfant, le tuteur ou le curateur de l'enfant.

En effet, le constat selon lequel la mère a manqué à son devoir de protection et mis son enfant en danger en continuant à consommer des produits nuisibles à la santé du fœtus durant la grossesse permet d'inférer certains risques de carences dans les soins qu'elle sera en mesure de lui apporter ultérieurement². Les médecins se voient ainsi légitimés à demander l'institution d'une curatelle éducative au sens des 307 et 308 CCS³.

² L'expérience a permis de montrer que, même dans les situations où tout se passe de manière optimale et que la mère parvient à cesser toute consommation durant les premiers mois suivant la naissance, les difficultés réapparaissent lorsque l'enfant commence à s'autonomiser, vers l'âge de 9-10 mois. Le risque de rechute est alors maximal. Une autre période sensible survient au moment où l'enfant commence l'école enfantine. Sachant qu'un nombre important de personnes toxicomanes ont une histoire de maltraitance ou d'abus, d'autres dangers peuvent jaloner toutes les étapes du développement de l'enfant.

³ **Art 307 CCS**

- Al 1. L'autorité tutélaire prend des mesures pour protéger l'enfant si son développement est menacé et que les père et mère n'y remédient pas d'eux-mêmes ou soient hors d'état de le faire.
- Al 2. Elle y est également tenue dans les mêmes circonstances à l'égard des enfants placés chez des parents nourriciers ou vivant, dans d'autres cas, hors de la communauté familiale de leur père et mère.
- Al 3. Elle peut, en particulier, rappeler les père et mère, les parents nourriciers ou l'enfant à leurs devoirs, donner des indications ou instructions relatives au soin, à l'éducation et à la formation de l'enfant, et désigner une personne ou un office qualifiés qui aura un droit de regard et d'information.

Art. 308 CCS

- Al 1. Lorsque les circonstances l'exigent, l'autorité tutélaire nomme à l'enfant un curateur qui assiste les père et mère de ses conseils et de son appui dans le soin de l'enfant.
- Al 2. Elle peut conférer au curateur certains pouvoirs tels que celui de représenter l'enfant pour faire valoir sa créance alimentaire et d'autres droits, ainsi que la surveillance des relations personnelles.
- Al 3. L'autorité parentale peut être limitée en conséquence.

VI. PHASE POST-NATALE EXTRA-HOSPITALIERE : COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU RESEAU

(cf. annexe A, ch. 3 : Tableau des prestations « période post-natale extra-hospitalière »)

1. Intervention pluridisciplinaire : composition du réseau

Avec les parents, les professionnels du réseau feront partie de l'entourage maternant de l'enfant.

A ce stade, le réseau aura pour finalité d'aider les parents à mener à bien leurs tâches éducatives, compte tenu de leur problématique spécifique, ceci en vue d'éviter des dégâts ultérieurs plus conséquents concomitants à des mesures plus sévères (par ex. retrait du droit de garde).

En principe, les parents participeront aux séances de réseau, lequel évoluera à mesure que l'enfant grandira. Si toutefois les professionnels devaient occasionnellement éprouver le besoin de se rencontrer en l'absence des parents, les informations leur seraient ensuite retransmises par une personne de référence, selon le principe de la transparence bienveillante.

2. Coordination

Si la mère est au bénéfice d'une tutelle, le pilotage du réseau et l'animation des séances seront généralement assumés par le représentant légal de cette dernière, de manière à optimiser le fonctionnement du réseau.

A défaut, il appartiendra au réseau de se déterminer quant à son mode de fonctionnement. Le curateur de l'enfant veillera à l'efficacité du système mis en place.

3. Fréquence des rencontres

Le réseau se réunira à la demande des membres du réseau et selon les besoins, à intervalles réguliers et sur le long terme, dès lors que des difficultés sont susceptibles d'apparaître à tous les stades du développement de l'enfant.

VII. Synthèse du plan d'intervention

PHASE ANTE-NATALE		Prise en charge confiée à :	Lieu de coordination de l'intervention :
Prise en charge médicale pluridisciplinaire des grossesses à risque		Obstétricien, pédiatre, sage-femme, pédopsychiatre, psychiatre et médecin traitant et/ou prescripteur de trait. de substitution	Hôpital du Jura H-JU
Prise en charge psycho-sociale de la femme enceinte et du futur père souffrant de troubles addictifs, voire conjointement de troubles psychiques		trans-AT, CMP/CMPEA, voire Pro Infirmis (troubles psy), ou autre	
<i>En cas d'aide contrainte :</i> - Mesures selon la loi sur l'assistance et les mesures privatives de liberté ordonnées par l'Autorité tutélaire, en vue de permettre la prise en charge globale coordonnée de la personne (trans-AT, services sociaux, CMP/CMPEA, evt Pro Infirmis, en collab. av. obstétricien et médecin traitant prescripteur)			
PHASE POST-NATALE INTRA-HOSPITALIERE		Prise en charge confiée à :	Lieu de coordination de l'intervention :
Intervention centrée sur la relation parent-enfant		Obstétricien, pédiatre, sage-femme, pédopsychiatre, psychiatre, médecin traitant et/ou prescripteur et puéricultrices	Hôpital du Jura H-JU
		trans-AT, voire Pro Infirmis (si troubles psy conjoints), ou autre	
		SSR, curateur 308 CCS ou tuteur 311 CCS	
PHASE POST-NATALE EXTRA-HOSPITALIERE		Prise en charge confiée à :	Service coordinateur de l'intervention :
Intervention centrée sur les parents		Médecin traitant evt. Médecin prescripteur de trait. de substitution evt. Pédopsychiatre evt. Psychiatre	SSR, tuteur de la mère ou personne de réf. ; à défaut d'alternative, représentant de l'enfant
		trans-AT, evt CMP/CMPEA, voire Pro Infirmis (troubles psy), ou autre et représentant légal de la mère en cas de mandat institué	
		Pédiatre Puéricultrices Pédopsychiatre	
Intervention centrée sur l'enfant		SSR, curateur 308 CCS ou tuteur 311 CCS en faveur de l'enfant	

Annexe A

Tableaux des prestations :

- 1. Période ante-natale**
- 2. Période post-natale intra-hospitalière**
- 3. Période post-natale extra-hospitalière**

PERIODE ANTE - NATALE

	Intervenants médico-sociaux		Intervenants sociaux						Intervenants médicaux							
	Centre de grossesse	Trans-AT	SSR						Assistante sociale de l'hôpital du Jura	Médecin généraliste	Obstétricien	Sage-femme hospitalière	Pédiatre	CMP enfants / Pédopsychiatre	Psychiatre	
			Tuteur de la mère (si tuteur)	Curateur de la mère (si curateur)	AS de la mère (si AS)	AS de la protection des mineurs (sur mandat de l'AT)	Aide familiale (si aide familiale)									
Orientation de la femme auprès des professionnels indiqués	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
L'amener à parler de sa grossesse à son médecin traitant (vs obstétricien)	X	X	X	X	(x)	X	X	(x)	X	X	X	X	X	X		
Accompagner la femme dans sa réflexion autour du choix de devenir mère ou non	X	X	X	X	(x)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Consultation autour de la parentalité/maternalité	X	X	X	(x)		X			X	X	X	X	X	X	X	X
Prévention du risque de dépression post-partum	X	(x)							X	X	X	X	X	X	X	X
Solliciter des entretiens avec le père	X	(x)		(x)					X							(x)
Expliquer à la mère les effets des drogues sur le dvp du fœtus et les complications possibles		X												X	X	X
Lui expliquer le syndrome de sevrage du nouveau-né	X	X	(x)	(x)					X	X	X	X	X	X	X	X
Proposer à la femme enceinte un traitement de substitution à Trans-AT	X	X	X	(x)	(x)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Proposer à la future mère un cadre qui lui permet de stopper sa consommation d'alcool ou autres produits nuisibles à la santé du fœtus		X	X	(x)	(x)	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Organisation du placement institutionnel		X	X	col.	col.	col.	col.									
Evaluer ses capacités ressources	X	(x)	X	X	X	X	X								X	X
Proposer à la future mère un soutien auprès d'un pédopsychiatre	X	X	X	(x)	(x)	X	X	(x)	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluation de la situation / signalement	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Amener la future mère à informer son tuteur/curateur ou assistant social au SSR	X	X						(x)	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluation de la situation financière	X		X	X	X											
Aide et soutien dans les démarches administratives	X		X	X	X											
Aide et soutien dans les assurances-sociales	X		X	X	X											
Aide juridique et aide financière ponctuelle	X		X	X	X											
Aide sociale en cas d'insuffisance budgétaire			X	X	X											
Contrôle du lieu de vie	X	(x)	X						X							
Adaptation du lieu de vie	X	X	X													
Recherche en paternité			X	X										X		X

En gris, les prof. n'intervenant que sur mandat et ne faisant donc pas systématiquement partie du réseau de la personne.

col = en collaboration avec Trans-AT

X : tâche obligatoirement assumée

(x) : tâche possiblement assumée

**PERIODE
POST-NATALE
INTRA-HOSPITALIERE**

	Intervenants médico-sociaux		Intervenants sociaux					Intervenants médicaux					
	Centre de grossesse	Trans-AT	Tuteur de la mère	Curateur de la mère	AS de la mère	Mandat de l'enfant	Assistante sociale de l'hôpital du Jura	Sage-femme hospitalière	Obsétricien	Médecin généraliste	Pédiatre	CMP enfants / Pédiopsychiatre	Puéricultrices
Soins à l'enfant en fonction de son état de santé								X			X		
Promouvoir l'établissement du lien mère/enfant	X	X	(X)			X		X	X	X	X	X	
Soutien psycho-affectif aux parents/la mère	X	X	(X)	(X)	(X)		X	X	X	X	X		
Signalement à l'AT en vue de l'institution d'un mandat éducatif			(X)	(X)			X			X			
Déterminer la suite de la prise en charge, préparer et organiser le retour à domicile	X	X	X	(X)		X	X	X	X	X	X	X	X

En gris, professionnels n'intervenant que sur mandat ou en raison d'un déficit budgétaire au sens de la loi sur l'action

PERIODE POST- NATALE EXTRA-HOSPITALIERE

	Intervenants médico-sociaux		Intervenants sociaux					Intervenants médicaux				
	Planning familial	Trans-AT	Tuteur de la mère	Curateur de la mère	AS de la mère	Mandataire de l'enfant	Aide familiale	Puericultrice	Sage-femme indépendante	Médecin généraliste	Pédiatre	CMP enfants / Pédiopsychiatre
Promouvoir l'établissement du lien mère/enfant (parents/enfant)	X	X				X		X	X		X	X
Visites régulières au domicile de la mère		X	X			X			X			
Soutien aux parents/ à la mère dans l'acquisition de leurs/ses compétences parentales	X	X	(X)			X ¹	X	X	X	X	X	X
Education à la santé des parents/de la mère		X						X	X	X	X	X
Informations sur la diététique, l'hygiène	X	X					X	X	X	X	X	X
Informations sur l'allaitement, la contraception	X	X						X	X	X	X	X
Surveillance régulière du dvp physique et psychomoteur de l'enfant		X				X ¹		X		X	X	X
Vaccinations et mesures préventives								X		X	X	X
Reconnaissance de l'enfant - recherche en paternité	X		X	X		X				X		
Problèmes financiers + administratifs	(X)		X	X	X	X						
Problèmes d'organisation relatifs à la prise en charge de l'enfant		X	X	(X)	(X)	X	X	X			col.	col.
Détection la plus précoce possible des négligences ou maltraitements éventuelles	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Signalement en cas de péril en la demeure	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Organisation du droit de visite si le mandat le prévoit			X			X						

1 : selon mandat. Prévu par les art. 307, 308 al. 1, voire sur précisions de l'AT 308 al 3 et 311 CCS.
En gris, professionnels n'intervenant que sur mandat ou en raison d'un déficit budgétaire au sens de la loi sur l'action sociale

Annexe B

Prestataires de services :

Dossiers d'informations

PRESTATIONS DU SERVICE SOCIAL REGIONAL

1. ACCES VOLONTAIRE DE LA PERSONNE, EN L'ABSENCE DE MANDAT CONFIE AU SSRD PAR UNE AUTORITE TUTELAIRE

1.1 Prestations en faveur de l'adulte, ici les futurs parents, offerts par le secteur « aide sociale/insertion »

- Evaluation de la situation financière
- Si nécessaire, orientation de la personne vers un service tiers (evt Caritas ou SOS futures mamans)
- Soutien et conseil au niveau des démarches administratives
- Soutien et conseil en matière d'assurances sociales
- Au besoin, soutien dans l'organisation d'un placement et demande de garantie de placement

1.2 Prestations centrées sur l'enfant offertes par le secteur « protection des mineurs »

- Soutien et conseil aux parents
- Accompagnement individuel ou familial
- Médiation dans l'exercice du droit de visite

2. PRESTATIONS DU SSRD DANS LE CADRE DE MANDATS OFFICIELS

2.1 Mandats centrés sur l'adulte : secteur tutélaire

2.1.1 Tutelle

- Contrôle et adaptation du lieu de vie
- Gestion financière et administrative de la personne
- Contacts avec le réseau primaire et secondaire de la personne (famille + prof., y c. médecins)
- Possibilité de mandater des services tiers (ex : service d'aide et de soins à domicile)
- Possibilité de prendre des mesures privatives de liberté à des fins d'assistance
- Possibilité d'organiser un placement (ex : placement mère-enfant à Jeanne-Antide)

2.1.2 Curatelle de gestion

- Gestion financière et administrative
- Avec l'accord de la personne, contacts avec le réseau primaire et secondaire de la personne (famille + prof., y c. médecins)
- Avec l'accord de la personne, possibilité de mandater des services tiers (ex : service d'aide et de soins à domicile)
- Soutien dans l'organisation d'un placement et demande de garantie de placement

2.2 Mandats centrés sur l'enfant : secteur « protection des mineurs »

- Evaluation générale de la situation
- Propositions de mesures allant dans le sens de la protection du mineur en ce qui concerne les aspects éducatifs, familiaux, sociaux, psychologiques, médicaux ou d'organisation de la vie quotidienne (AEMO, guidance parentale, crèche)
- Conseil aux pères et mères
- Signalement à l'AT en cas de péril en la demeure (retrait du droit de garde et/ou de l'autorité parentale)
- Organisation du droit de visite si le mandat le prévoit (308 al.2)

Delémont le 27 mai 2003

Groupe de travail sur le suivi auprès des parents toxicomanes

Le rôle de la puéricultrice auprès de ces familles :

A l'hôpital : Dès la naissance nous sommes informés de la situation par la maternité ou le service de pédiatrie.

Le premier contact se fait avec la famille et le bébé.

Nous sommes invités à participer aux réunions pluri-disciplinaires qui sont organisées dans le cadre de l'hôpital afin de préparer la sortie à domicile.

A domicile : Les premières visites se font à un rythme de 2x/semaine qui est le maximum que nous pouvons proposer. Puis selon l'évolution de la situation nous espaçons nos visites ceci en accord avec les autres intervenants. Des réunions sont en général organisées plus ou moins chaque mois afin de faire le point et de réajuster nos interventions si nécessaire. Ces rencontres peuvent se faire avec ou sans les parents.

Notre travail reste centré sur l'état de santé général du bébé. Que se soit au niveau du développement physique ou psychomoteur ; nous restons également attentives aux changements de comportement des parents qui pourraient nuire à la santé de leur enfant. Au moindre soucis de notre part nous contactons l'assistante sociale et le pédiatre de l'enfant.

Nous offrons les mêmes prestations dans les 3 districts.

Janick Ruch-Buchwalder, responsable du Centre de puériculture de Delémont



REPUBLIQUE ET CANTON DU JURA

CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DIRECTION MEDICALE DR HEIDI RYF MEDECIN-CHEF
e-mail : heidi.ryf@jura.ch

SERVICE DE PSYCHIATRIE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

CENTRE D'EXAMEN ET DE TRAITEMENT DES TROUBLES DU LANGAGE DU SECTEUR PUBLIC

2800 Delémont, 20 fbg des Capucins
Tél. 032/420 51 80
Fax: 032/420.51.81

2900 Porrentruy, 16 rue Thurmann
Tél. 032/467.36.20
Fax: 032/467.36.21

2350 Saignelégier, rue de Gruère 25
Bâtiment La Chaumine
Tél. 032/951.47.00

HOPITAL DE JOUR "VILLA BLANCHE"

2900 Porrentruy, 16 rue Thurmann
Tél. 032/467.36.30
Fax: 032/467.36.21

**A l'attention du
Groupe parentalité
et toxico-dépendance**

N/réf. : DHR/DCC/sj

Delémont, le 2 mai 2003

Prestations offertes :

Il s'agit d'un service de psychiatrie pour enfants et adolescents, formé d'une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins, des pédopsychiatres, des psychologues, des psychomotriciennes et des logopédistes en ambulatoire et complétée par des infirmiers en psychiatrie, des éducateurs et des enseignants spécialisés à l'Hôpital de Jour.

Les prestations sont remboursées par les Caisses Maladies et/ou l'Assurance-Invalidité.

Parmi les prestations figurent :

En général :

- Consultations des parents et des enfants et adolescents de 0 à 18 ans
- Traitements ambulatoires individuels ou familiaux
- Conseils et supervisions à des tiers

En particulier :

- Consultations autour de la « parentalité » (ces problèmes peuvent être discutés pendant la grossesse déjà)
- Consultation sur la relation mère (parents)-enfant, ce type de consultation peut avoir une valeur diagnostique et thérapeutique (p.ex. dans les cas de dépressions et psychoses post-partum), mais aussi préventive (dépistage des situations à risque, discussions autour de la parentalité dans des situations les plus diverses sans qu'il y ait forcément une psychopathologie déjà installée)

- Selon demande des services de pédiatrie ou de maternité (ou des puéricultrices) consilium dans les situations à risque (entre autres, nous avons été appelés quelques fois dans les cas des mères toxicomanes).
- Suivi psychothérapeutique des adolescents(es) avec des problèmes de toxico-dépendances où, dans la quasi-totalité des situations, nous avons été amenés à collaborer en réseau avec d'autres professionnels (SSR, LJT, pédiatres, médecins généralistes, Hôpital du Jura, Tribunaux etc)

Préoccupations et difficultés rencontrées dans l'exercice de ces fonctions

Une de nos premières préoccupations quand on parle de parentalité, c'est d'aborder ces sujets le plus précocement possible. Toutefois, même si les situations sont signalées de plus en plus tôt, dans la majorité des cas, nous sommes appelés seulement au moment où il y a déjà un dysfonctionnement grave au niveau de l'enfant.

D'un autre côté, notre rôle et les possibilités de prise en charge dans notre service dans les situations de parentalité perturbée ou à risque nous semblent très peu connus parmi les autres professionnels.

Propositions d'amélioration

Un premier pas a été fait en organisant l'actuel groupe de travail sur « parentalité et toxicomanie » où les différents services et professionnels de la région peuvent prendre connaissance des moyens et ressources existants dans le canton. Nous pouvons ensuite réfléchir ensemble à la façon de comment les utiliser afin de pouvoir soigner et prendre en charge les enfants des parents toxicomanes le plus précocement possible et offrir aux parents le soutien le plus adéquat possible. Ceci dans le but de nous insérer en qualité de partenaire dans une chaîne d'interventions.

Nous sommes à disposition de tous les milieux sociaux, médicaux et institutionnels .

Centre médico-psychologique pour enfants et adolescents

Dr Heidi Ryf
Médecin-chef

Dr Conception Calvino-Marti
Chef de clinique

Copie à :

- M. Dr J.-L. Baierle, Service de la Santé



Centre jurassien de planning familial

17 AVR. 2003

Service social régional
du District de Delémont
A l'att. de
Madame Claudia Steulet
Rue de la Préfecture 7
2800 Delémont

Delémont, le 14 avril 2003

Chère Madame,

Voici quelques renseignements complémentaires concernant la consultation en matière de grossesse du CJPF.

Nous rencontrons des femmes et des couples qui attendent un enfant. Un travail d'information, d'accompagnement se déroule dans une relation individuelle lors de l'entretien.

Nous abordons aussi :

- le vécu de la grossesse, ses retentissements physiques et psycho-affectifs
- la préparation à la naissance
- l'allaitement et la contraception
- l'organisation de l'accueil de l'enfant
- les droits sociaux en rapport au travail et au congé maternité
- la reconnaissance de l'enfant, la recherche en paternité
- les problèmes financiers, de réorganisation pour de jeunes mères encore en formation.

En plus des conseils et de l'orientation vers d'autres services, nous privilégions l'écoute afin de permettre à la femme d'exprimer ses attentes, ses doutes et ses craintes.

Pendant les cours de préparation à la naissance, nous mettons l'accent sur la relaxation, la respiration et la concentration ; une discussion approfondie sur la paternité, maternité, la famille, le vécu de l'accouchement, les suites de couches et la sexualité.

- Centre et secrétariat – Rue Molière 13 – 2800 Delémont – Tél. 032 422 34 44 – Fax 032 422 34 36
- Rue Auguste-Cuenin 14 – 2900 Porrentruy – Tél./Fax 032 466 66 44
- Rue de la Côte 1A – 2340 Le Noirmont – Tél. 032 422 34 44 – Fax 032 422 34 36

Après l'accouchement, nous invitons les parents pour des séances de massage bébé et des discussions sur l'allaitement et la contraception.

Ainsi, notre travail porte prioritairement sur :

- prévenir la prématurité du bébé
- favoriser l'accueil de l'enfant et de là, les bons soins et l'éducation qui lui seront donnés.

Nous encourageons la femme enceinte à prêter attention à elle-même, à ses besoins, en respectant ses limites physiques et psychiques. Cette attitude est un premier garant indispensable d'un développement harmonieux de l'enfant pendant la grossesse et d'un bon vécu maternel et parental.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous adressons, chère Madame, nos salutations les meilleures.

Centre Jurassien de Planning Familial
au nom des conseillères



Ursula Yersin

CENTRES DE GROSSESSE

Que sont les centres de grossesse ? Que proposent-ils ?

La loi fédérale du 9 octobre 1981 prévoit dans tous les cantons des consultations gratuites d'information et de soutien, ouvertes aux femmes et aux couples.

Le canton du Jura, comme la plupart des cantons, a confié ce mandat aux trois centres de planning familial.

Mandatés pour aider et accueillir les femmes et les couples qui se trouvent en difficulté en raison d'une grossesse, ils proposent gratuitement et en toute confidentialité des informations et un soutien à tous les stades de la grossesse et dans les premiers mois qui suivent la naissance de l'enfant. Tous les aspects relatifs à l'arrivée d'un enfant sont abordés :

- les changements émotionnels,
- les difficultés d'organisation personnelle,
- les droits,
- les assurances,
- les allocations,
- les offres régionales d'aide et de garde.

Les femmes ou les couples peuvent aussi partager leur vécu, leurs inquiétudes, les moments d'ambivalence.

Qu'elle soit matérielle ou relationnelle, l'aide a comme objectif d'amener les consultants à aborder leur maternité avec plus de sérénité et en toute connaissance de cause, de façon à ce que l'enfant soit accueilli dans un contexte favorable. Parfois, des difficultés plus particulières viennent troubler cette période : chômage, déracinement, solitude, conflit avec le conjoint ou la famille. Dans ce cas, un accompagnement tout au long de la grossesse est proposé. Il offre des échanges et des réflexions qui favorisent une maturation des projets de vie..

La spécificité des centres de grossesse est d'offrir un « espace-temps » **non médicalisé** pour répondre aux interrogations qui se posent au fur et à mesure de l'évolution de la grossesse et pour soutenir les personnes concernées, leur permettre de réfléchir, d'évaluer les difficultés et de **chercher des solutions**.

Au bénéfice d'une formation post-grade spécialisée, les conseillères en planning familial sont des professionnelles qui apportent une aide de qualité et de réelles compétences en matière de prévention dans le domaine de la santé publique.

S'ajoutant aux tâches de prévention des centres de planning familial dans le domaine des grossesses non désirées et des maladies sexuellement transmissibles, le mandat des centres de grossesse nous confère une mission qui couvre largement toute la question de la sexualité et de la procréation. Ces différentes fonctions nous permettent d'être un rouage important et efficace dans le réseau social et sanitaire jurassien.

PRESTATIONS OFFERTES PAR TRANSAT AUX FEMMES ENCEINTES QUI ONT DES PROBLEMES DE DEPENDANCES ET A LEUR COMPAGNON

1. PERIODE ANTE-NATALE

Quand une femme pose l'éventualité d'une grossesse:

Accompagnement de la femme au -Planning familial

- Chez son gynécologue
- Chez son médecin traitant et/ou de substitution

Favoriser la discussion sur son choix de devenir mère ou non,(mettre en balance ses ressources, les enjeux, les différents cas de figure)

L'accompagner dans sa prise de décision

Si elle désire garder l'enfant:

a)Au niveau sanitaire:

-Expliquer à la mère les effets des drogues sur le développement du fœtus

-Lui expliquer le syndrome de sevrage du nouveau-né

-Lui proposer d'être suivie par le médecin de TransAT, ce qui implique un suivi quotidien, ou l'amener à parler de sa grossesse à son médecin traitant pour adapter éventuellement son traitement de substitution et de médicaments.

-Réduire les risques

-Proposer à la future mère un cadre qui lui permet de diminuer ou d'arrêter sa consommation (institution résidentielle)

b)Au niveau psychologique.

-Evaluer ses capacités ressources

-Solliciter des entretiens avec le géniteur, l'intégrer dans les réflexions (droits et devoirs)

-Lui proposer un soutien psychologique par le CMP

c)Au niveau social:

-L' amener à informer les SSR , son tuteur, curateur

-L'aider à recréer ou renforcer les liens familiaux

-Préparer avec elle les entretiens de réseaux

d)Au niveau médical

-L'amener à contacter un gynécologue, l'accompagner si elle le désire

Durant la période prénatale, s'élabore la coordination de la prise en charge et une évaluation pluridisciplinaire de la situation qui seront affinés durant l'hospitalisation à la maternité

En accord avec la future mère ,TransAT intégrerait le réseau dès le départ.

2. PERIODE INTRA-HOSPITALIERE

-Visite et soutien à la mère, au père s'il est présent

-Préparer avec elle ou eux des réseaux

3.PERIODE POST-NATALE

- Visites hebdomadaires au domicile de la mère
- Discussion autour du changement de vie du à l'arrivée de l'enfant. Des frustrations que cela peut impliquer, de l'envie ou non de consommer.
- Les aider à s'approprier leurs compétences parentales
- Discussion autour de la diététique, de l'hygiène.
- Lui proposer un suivi psychologique, seule ou avec son conjoint.

Poursuite du réseau avec les personnes qui encadrent de loin ou de près la mère, le père, l'enfant.
La durée du réseau doit être évaluée d'une situation à l'autre.

Dr Charles-André STEINER

Spécialiste FMH en pédiatrie

Hôpital du Jura bernois

2740 MOUTIER

Tel. 032/494.38.20

Fax 032/494.38.39

PARENTALITE ET TOXICODÉPENDANCE

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT DE MÈRE TOXICOMANE PAR LE PÉDIATRE

a) Considérations générales

Pour qu'une prise en charge optimale de l'enfant soit possible du point de vue médical, il est nécessaire :

- que toute grossesse de mère toxicomane soit signalée le plus tôt possible au(x) pédiatre(s) hospitalier(s). L'annonce devrait être faite par l'obstétricien, à défaut par n'importe quelle personne du réseau qui entoure la future mère.
- que le contact parents/mère - pédiatre hospitalier puisse avoir lieu avant la naissance de l'enfant (organisé par le réseau de la mère ?).
- que des contacts s'établissent avant et après la naissance de l'enfant entre les réseaux et services concernés de façon à définir une stratégie commune et les responsabilités de chacun pour le suivi (qui fait quoi et quand).
- que des contacts de synthèse réguliers (timing à définir) réunissent tous les intervenants concernés, y compris le pédiatre de l'enfant et le médecin de la mère.
- qu'une information mutuelle entre le pédiatre et le médecin de la mère puisse avoir lieu.

b) Intervention du pédiatre. Elle se fait à trois niveaux.

1. Avant la naissance de l'enfant :

- Préparation de l'accouchement et information des parents/de la mère sur les suites et complications possibles pour l'enfant : prématurité, dépendance à la drogue, et sevrage, infections, (HIV, hépatite B, C, autres) compatibilité avec l'allaitement, etc.
- Mise au courant des parents/de la mère sur les traitements et soins hospitaliers et la durée probablement longue de l'hospitalisation.

PARENTALITE ET TOXICODPENDANCE - page 2

- Mise au courant des parents/de la mère de la surveillance en réseau de l'enfant et ses parents/sa mère.
 - Discussion avec les parents/la mère du suivi médical futur de l'enfant et de l'encadrement ultérieur. Eventuellement choix et prise de contact avec le pédiatre qui suivra l'enfant.
2. Au moment de la naissance et dans les premiers jours (ou premières semaines) qui suivent, pendant que l'enfant est hospitalisé :
- Soins à l'enfant en fonction de son état de santé, de sa dépendance et de ses possibles maladies (HIV, hépatite B, C, infections...)
 - Contacts parents/mère - pédiatre réguliers, pendant que la mère est en maternité, et après si l'hospitalisation de l'enfant se prolonge.
 - Promouvoir (et créer si nécessaire) le contact le plus étroit possible entre les parents/la mère et l'enfant en les/la faisant participer aux soins et repas de l'enfant.
 - Si possible contact avec le futur pédiatre de l'enfant et contact entre ce médecin et les parents/la mère.
 - Contact entre tous les futurs intervenants, permettant entre autre de déterminer clairement la suite de la prise en charge.
 - En fin de séjour hospitalier de l'enfant, informer le réseau de son possible départ à la maison et participer à son organisation.
3. Suivi de l'enfant pendant sa croissance
- Surveillance régulière du développement physique et psychomoteur de l'enfant.
 - Vaccinations et mesures préventives.
 - Selon l'état de santé, toute intervention et traitement médicaux nécessaires à l'enfant
 - Education à la santé des parents/de la mère.

PARENTALITE ET TOXICODÉPENDANCE - page 3

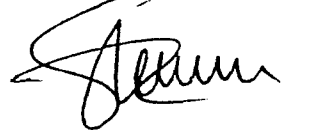
- Détection la plus précoce possible des négligences ou maltraitements éventuelles.
- Orientation si nécessaire vers une prise en charge spécialisée : physiothérapie, psychomotricité, ergothérapie, orthophonie, éducation spécialisée, pédopsychiatrie...

Remarque :

Beaucoup d'enfants sont suivis par des médecins généralistes. Dans le texte le terme « pédiatre » comprend ces médecins.

Delémont, le 20 mai 2003

Dr C.-A. STEINER



Ce protocole corrigé remplace et annule celui du 6 mai 2003.

Annexe C

**Loi du 24 octobre 1985
sur les mesures d'assistance
et la privation de liberté
(RSJU 213.32)**

- Extrait -

Loi du 24 octobre 1985 sur les mesures d'assistance et la privation de liberté (RSJU 213.32)

- extrait -

CHAPITRE II : Mesures préalables

SECTION 1 : Définition et types de mesures préalables

Définition

Art. 18 Sont considérées comme mesures préalables toutes les interventions officielles ou privées faites envers une personne pour la traiter, la soigner ou l'assister afin de lui éviter une mesure privative de liberté.

Subsidiarité des
mesures
officielles

Art. 19 1 En règle générale, des mesures préalables officielles ne sont ordonnées que si les dispositions prises par des privés (proches ou organismes d'entraide) se révèlent insuffisantes.
2 L'autorité ne rend contraignante, par une décision formelle, une mesure préalable que si l'intéressé ne l'accepte pas.

Traitement
ambulatoire

Art. 20 L'autorité compétente, après avoir pris l'avis d'un médecin, peut astreindre l'intéressé à suivre un traitement ambulatoire.

Assistance

Art. 21 L'assistance consiste à s'entretenir avec l'intéressé et à l'aider en ce qui concerne notamment sa situation personnelle, son logement, son travail et l'utilisation de ses moyens d'existence.

Exécution de
l'assistance

Art. 22 L'assistance est confiée à une personne, à un office ou à un service approprié; au besoin, elle est déléguée à des spécialistes.

Avertissement

Art. 23 1 La personne à protéger peut faire l'objet d'un avertissement.
2 L'avertissement consiste à attirer l'attention de l'intéressé sur son comportement et à lui enjoindre de s'amender.
3 L'intéressé est rendu attentif au fait que d'autres mesures plus sévères pourront être ordonnées s'il ne tient pas compte de l'avertissement.
4 En règle générale, l'avertissement est donné verbalement et inscrit dans un procès-verbal contresigné par la personne à laquelle il s'adresse.

Interdiction de
l'alcool et des
auberges

Art. 24 La personne sujette à l'alcoolisme peut faire l'objet, pour une durée de six mois à deux ans, d'une interdiction de la consommation d'alcool et de la fréquentation des établissements qui débitent des boissons alcooliques.

Entrée de plein
gré en
établissement

Art. 25 Si les mesures préalables officielles sont demeurées sans effet, l'autorité invite l'intéressé à entrer de plein gré dans un établissement approprié à son cas; l'intéressé doit donner par écrit son accord à son placement et l'établissement doit être désigné expressément.