

## Sortie de maternité : des TISF en soutien du couple mère-bébé

La signature d'une convention nationale entre la Caisse nationale d'assurance maladie et la Caisse nationale des allocations familiales, le 8 janvier 2016, a permis d'élargir l'intervention à domicile des techniciens d'intervention sociale et familiale auprès des familles en sortie de maternité. Et de légitimer une profession encore méconnue dans le champ de la périnatalité, même si le dispositif tarde à se mettre en place à l'échelle nationale.

Il était temps. Treize ans exactement que la Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (FNAAFP/CSF) (1) attendait qu'un accompagnement social personnalisé soit proposé aux femmes en sortie de maternité. « Incroyable qu'il ait fallu tant batailler, alors qu'en orthopédie, par exemple, les patients qui ont subi une intervention peuvent bénéficier d'une aide à domicile dans le cadre du PRADO [programme d'accompagnement du retour à domicile] "orthopédie" depuis des années! », fustige François Edouard. Le responsable du secteur « périnatalité » à la FNAAFP/CSF ne peut que se réjouir de la signature de cette convention entre les branches « maladie » et « famille » de la sécurité sociale dans le cadre du PRADO « maternité ». La vocation de ce partenariat? Favoriser une meilleure prise en charge au domicile du couple mère-bébé en proposant, en plus des deux visites d'une sage-femme, le recours à un technicien d'intervention sociale et familiale (TISF),

avec un financement partiel par l'assurance maladie (voir encadré page 36). « Cette convention est non seulement l'exemple type d'un partenariat réussi, mais c'est aussi une réelle avancée pour les familles. Sans compter qu'elle va permettre une meilleure connaissance du travail réalisé par les TISF en périnatalité », applaudit Jean-Laurent Clochard, responsable du pôle « familles » à la FNAAFP/CSF.

### INITIATIVES ISOLÉES

La convention est-elle une révolution? En réalité, les TISF ont toujours exercé en périnatalité, même si leur cadre d'intervention se limitait essentiellement aux familles repérées par les services sociaux. Depuis l'institutionnalisation de la profession de travailleuse familiale par un décret du 9 mai 1949 jusqu'à la reconnaissance du statut de travailleur social du TISF par le décret du 15 février 1974, la profession n'a cessé de progresser. Sans jamais perdre de vue sa mission principale : le soutien à la parentalité auprès des familles en difficulté. Le 9 septembre

1999, une réforme aboutit à la création d'un nouveau diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale (DETISF) (2), qui « atteste des compétences acquises pour effectuer une intervention sociale préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants » (3). En revanche, à cette époque, l'intervention des TISF en sortie de maternité est rare, voire exceptionnelle. Et les médecins ne connaissent pas ces spécialistes du travail social. Sous l'impulsion de spécialistes comme Jacques Dayan, pédopsychiatre, Denise Letuppe, présidente de l'Association d'aide familiale populaire (AAFP) du Calvados, ou Martine Lavigne, ex-TISF et membre du conseil d'administration de l'AAFP d'Avignon, un courant progressiste émerge, corrélé au bond en avant de la recherche en périnatalité. Voient le jour, en France, des initiatives isolées qui vont dans le sens d'une intervention précoce et de l'amélioration des soins portés à la mère, dans lesquelles les TISF jouent un rôle central.

Au CHU (centre hospitalier universitaire) de Caen, l'unité de psychiatrie périnatale a été l'une des premières à mettre au point un protocole avec la CAF (caisse d'allocations familiales) du Calvados. L'objectif? Permettre aux TISF d'intervenir sur prescription médicale auprès des femmes souffrant d'un trouble anxieux et de difficultés d'interaction avec leur enfant. « Le projet s'adressait à des mamans qui venaient d'accoucher. Les demandes d'intervention émanaient soit de la pédopsychiatrie ou de la PMI [protection maternelle et infantile], soit de la famille directement », raconte Denise Letuppe. Cette expérience a lancé la bataille menée par la FNAAFP/CSF pour faire reconnaître l'importance du rôle des TISF dans l'accompagnement de

**« Il a fallu faire preuve de patience pour arriver à [...] une véritable reconnaissance de la place du TISF dans la maternité »**

la dyade mère-bébé en sortie de maternité. « Il a fallu faire preuve de patience pour arriver à la signature de la convention entre la CNAM [Caisse nationale d'assurance maladie] et la CNAF [Caisse nationale des allocations familiales] dans le cadre du PRADO, et à une véritable reconnaissance de la place du TISF dans la maternité », complète-t-elle.

### INFORMATION PRÉCOCE

Autre département, autre initiative : dans les Hauts-de-Seine, plusieurs services de TISF et le Réseau périnatal de santé 92 Nord ont, pendant plus de six ans, mené une étude qui a permis à des femmes présentant une grossesse gémellaire de bénéficier d'une exonération de 200 heures en sortie de maternité. Résultats : 68 familles ont fait appel à un TISF en 2016, contre 29 familles en 2014. Le conseil départemental a souhaité que l'étude soit élargie à l'ensemble de la population des femmes parturientes. Enfin, certaines associations locales ont fait une priorité de l'amélioration de la prise en charge dans le champ de la périnatalité. C'est le cas notamment à Lyon, à Nantes, à Bordeaux, à Rouen, à Avignon, où des partenariats conclus avec la CAF donnent droit à 100 heures de TISF intégralement prises en charge en sortie de maternité. « Ce que nous souhaitons, c'est que toutes les femmes soient informées d'une possibilité d'aide, qu'elles puissent bénéficier d'au moins 20 heures gratuites », insiste Leïla Gori, directrice d'un service de TISF en région parisienne.

Une information précoce, c'est tout l'enjeu de ce partenariat entre la CNAM et la CNAF. Généralisée, elle pourrait aller dans le sens d'une prévention primaire des troubles relationnels parents-nourrisson. « En France, plus de 80 000 femmes développent chaque année une dépression puerpérale [après avoir accouché], sans nécessairement présenter des antécédents psychiatriques. Parmi elles, de 50 % à 75 % ne sont pas diagnostiquées et ne reçoivent pas les soins nécessaires », déplore Francis Puech, président de la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) (4). Il s'agit d'améliorer le repérage et d'être en mesure de proposer un accompagnement global aux familles. « Il y a une vraie question de santé publique autour de la santé mentale maternelle et infantile », appuie François Edouard. Le PRADO

## « Nous souhaitons [...] que toutes les femmes soient informées d'une possibilité d'aide, qu'elles puissent bénéficier d'au moins 20 heures gratuites »

« maternité » prévoit déjà un suivi à domicile par la sage-femme en deux séances ; pourquoi vouloir y ajouter l'intervention d'un TISF ? Les pratiques professionnelles ne risquent-elles pas de se chevaucher ?

Au contraire, ces deux offres sont complémentaires. Outre les soins médicaux nécessaires en *post-partum*, prodigués par la sage-femme (soins de suture en cas d'épisiotomie ou de césarienne, surveillance de l'allaitement, état de santé général de l'enfant), il s'agit d'être vigilant sur la qualité de la relation qui se tisse entre les parents et l'enfant, et sur le bien-être de la dyade mère-bébé. « Au-delà des visites pendant lesquelles la sage-femme peut donner des conseils, quel professionnel est suffisamment présent à domicile pour prêter une oreille attentive aux parents, sans jugement ni culpabilisation ? Le TISF, par sa présence accrue et répétée, peut instaurer une relation de confiance avec la famille et apporter un soutien de qualité aux nouveaux parents », détaille Denise Letuppe. Le TISF apporte une autre dimension, complémentaire de l'offre médicale. Il permet de poser un regard décalé sur une situation. Il ne fait pas simplement une visite à domicile, il reste. Pas comme

un membre de la famille, mais en tant que professionnel. Ses interventions sont planifiées, organisées, et s'appuient sur un projet d'intervention construit autour d'axes de travail précis définis avec la famille. « L'accompagnement n'est efficace que si la famille adhère au projet et en comprend le sens. S'il est imposé, c'est l'échec assuré de la prise en charge », prévient Leïla Gori.

### ANTICIPER LES TROUBLES

Avec l'instauration en 2007 de l'entretien prénatal précoce (EPP) au quatrième mois de grossesse, des situations à risque ont pu être décelées, ce qui facilite la prise en charge du couple femme-enfant au retour à domicile. Mais pour les mères qui ne présentent pas de troubles psychiatriques avérés et dont le séjour à l'hôpital se déroule bien, quel dispositif proposer quand tout bascule une fois à domicile ? « La dépression n'épargne aucune femme. La période postnaissance représente un bouleversement pour la mère et peut induire des dysfonctionnements dans la relation mère-enfant. Anticiper ces troubles et pouvoir y répondre rapidement sont deux priorités que nous nous sommes fixées », signale Leïla Gori. Les résultats

## Mieux former à la périnatalité

Elle n'est pas obligatoire, mais vivement recommandée. Du moins par la FNAAFP/CSF, qui veut la systématiser dans son réseau d'associations partenaires. La formation complémentaire, une condition *sine qua non* pour intervenir en périnatalité ? « Le diplôme initial de TISF ne traite que superficiellement du développement de l'enfant. Troubles de l'interaction, maladies psychiques liées à la maternité, conséquences sur le bébé... Tous ces aspects sont absents de la formation initiale. Or l'intervention en périnatalité rend toutes

ces connaissances nécessaires », constate Marie Lery, responsable « ingénierie de formation » de l'Institut de formation, d'études et de documentation (IFED). « Sans formation spécifique, impossible d'intervenir efficacement auprès des femmes qui ont des difficultés psychologiques transitoires. C'est du domaine du psychosocial, voire du psychologique. Seule une formation adéquate, couplée à une analyse des pratiques et à une supervision, peut donner des résultats satisfaisants », insiste Jacques Dayan, pédopsychiatre au centre

hospitalier universitaire (CHU) de Rennes. Depuis 2012, l'IFED et la FNAAFP/CSF ont mis au point la formation « troubles relationnels mère-bébé en période périnatale » qui se décline en deux niveaux : un premier de 35 heures, puis un second de 42 heures. L'objectif pour les TISF ? Être mieux armés pour observer et analyser les différentes situations intrinsèques à la naissance d'un enfant. A ce jour, la moitié des TISF ont été formés, avec un objectif prioritaire à moyen terme pour la fédération : la généraliser à l'ensemble des TISF intervenant à domicile en sortie de maternité. •

d'une enquête de satisfaction menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de 2 500 femmes parturientes font en effet apparaître que 20 % d'entre elles étaient dans l'attente d'une aide au retour à domicile (5). Certaines se disaient même « *désemparées* » ou « *angoissées* ». A la jungle de l'anténatal avec ses nombreux rendez-vous médicaux succède souvent, en postnatal, un désert pour la femme. Qui plus est en cas de sortie précoce qui, si elle n'est pas bien préparée, peut être un facteur déstabilisant dans l'instauration du lien mère-enfant. « *Dans ce moment du post-partum, la présence à domicile d'un professionnel du travail social, qui procure un soutien matériel, social et parental, est précieuse* », insiste Michel Dugnat, psychiatre dans le service de psychiatrie infanto-juvénile aux hôpitaux de Marseille. Certaines familles pâtissent aussi de l'absence de soutien de leur entourage, qui les plonge dans une grande solitude. « *Dans une certaine mesure, le TISF compense, prolonge ou recompose le système de solidarités familiales quand celui-ci se délite* », analyse Francis Puech. Attention toutefois à ne pas confondre accompagnement et assistance. Le rôle du TISF est de renforcer l'autonomie des familles et de soutenir la fonction parentale, pas de jouer les mères de remplacement. « *Son action repose sur la pédagogie du "faire avec". L'idée n'est pas d'imposer*

*une méthode clé en main, mais plutôt d'épauler les parents dans le respect de leurs ressources et de leurs points forts, en s'appuyant sur des actes de la vie quotidienne* », décrit Bernadette Bonamy, auteure de *Technicien de l'intervention sociale et familiale* (éditions érès, 2016).

### « EFFICIENCE PSYCHIQUE »

Les actes de la vie quotidienne constituent le support privilégié du TISF pour partager ses conseils pratiques. La préparation d'un biberon, le change ou la toilette du nourrisson sont autant d'occasions pour favoriser les échanges avec la famille et nouer une relation propice

condition, les femmes sont plus enclines à exprimer leurs doutes, leurs émotions. « *C'est toujours plus simple de se confier à une tierce personne qu'à un membre de sa famille. La notion de jugement est totalement absente avec un professionnel* », ajoute le vice-président de la FNAAFP/CSF, coauteur de *Empathie autour de la naissance* (éditions érès, 2016). Des propos corroborés par Jacques Dayan : « *Avec une formation adaptée en périnatalité, les TISF ont une efficacité psychique considérable et peuvent éviter une prise en charge plus lourde ou, le cas échéant, s'associer avec efficacité à un travail psychothérapeutique.* » Une

## Le TISF « n'est pas là pour imposer des façons de faire, ni des styles de vie; il agit dans l'intérêt de l'enfant et indissociablement de sa mère »

à la transmission des fondamentaux. Il arrive que le TISF doive rappeler certaines règles basiques d'hygiène ou de prévention de la santé et de la sécurité. « *Il n'est pas là pour imposer des façons de faire, ni des styles de vie; il agit dans l'intérêt de l'enfant et indissociablement de sa mère. Pour que les interventions soient bénéfiques, il faut qu'elles soient empreintes d'empathie et de sympathie* », avertit François Edouard. A cette seule

formation spécifique souvent jugée indispensable (voir encadré page 35) : « *Au sein de notre fédération, les associations s'engagent à former les TISF et les responsables de secteur sur cette question. Si l'intervenant est formé en conséquence, en acquérant notamment les techniques de l'observation fine, il peut repérer des troubles relationnels et faire remonter des éléments pour orienter les professionnels de santé* », assure Jean-Laurent Clochard. A défaut, le TISF risque d'adopter une position de conseil psychologique abusive et de mettre en péril une famille en négligeant la psychopathologie en jeu. Autre atout de la formation complémentaire : réassurer les TISF quant à leur faculté de repérer un dysfonctionnement et leur apprendre à s'appuyer sur un réseau. D'où la nécessité de former à cette spécialité l'équipe encadrante également.

Si l'appart de l'intervention des TISF en sortie de maternité semble remporter la majorité des voix, comment expliquer qu'elle tarde à se généraliser ? « *Actuellement, il y a une méconnaissance de cette profession, donc une insuffisance de sollicitation de la part des professionnels de santé; c'est un frein majeur, puisqu'il faut une prescription médicale pour que l'intervention d'un TISF soit prise en charge, au moins partiellement, par l'assurance maladie* », déplore Francis Puech. A part quelques spécialistes exerçant dans des unités mère-bébé, un cer-

## Vers une prise en charge intégrale des TISF en sortie de maternité ?

Il y a encore 18 mois, la FNAAFP/CSF misait beaucoup sur la convention entre la CNAF et la CNAM pour obtenir un financement, par la branche « famille » de la sécurité sociale, de l'intégralité de la prise en charge des 20 premières heures d'interventions TISF en sortie de maternité. Le 8 janvier 2016, le couperet tombe : pas de prise en charge intégrale au-delà des financements prévus dans le cadre de son action sociale. « *Actuellement, le reste à charge se situe entre 0,35 € et 12 € par heure en fonction*

*du quotient familial. C'est un véritable problème si l'on considère que le coût de l'intervention peut freiner le recours à un TISF. Nous n'avons pas obtenu gain de cause, mais ce n'est que partie remise* », prévient Jean-Laurent Clochard. La fédération planche sur l'instauration d'une nouvelle prestation familiale « périnatalité » qui permettrait le financement du reste en charge par la CNAF. « *Le passage d'une logique extra-légale où chaque CAF fait sa propre tambouille à un dispositif légal à l'avantage d'assurer*

*une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire français, mais cela nécessite que le gouvernement s'investisse* », explique le représentant de la FNAAFP/CSF. Pour l'heure, la fédération a entamé une réflexion avec différentes mutuelles sur la possibilité de financer ce reste à charge autrement. Lors du colloque « Ensemble prenons soin du bébé », le 29 mars 2018, une table ronde sera consacrée à la question du remboursement. La ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, y est bien sûr conviée. •

tain nombre de partenaires médicaux, y compris des centres de PMI, ignorent encore le rôle exact de ce travailleur social original. En cause, des représentations négatives bien ancrées. « C'est très difficile de faire comprendre à un obstétricien ou à un néonatalogue qu'un professionnel qui va à domicile, en sortie de maternité, peut se révéler très aidant pour la famille. La vraie vie se trouve à domicile », constate Michel Dugnat.

### LEVER LES APPRÉHENSIONS

Du côté des bénéficiaires aussi, l'image des TISF est dégradée. Leur action auprès de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ternit leur image et engendre chez certains parents de l'appréhension, voire de la défiance. « La loi relative à l'accueil et à la protection de l'enfance de 2004 n'a pas aidé à redorer l'image des TISF, à qui il était demandé de rapporter toutes les insuffisances constatées au cours des interventions. Un climat de méfiance préjudiciable à ces professionnels du social s'est instauré », reproche Jacques Dayan. Une meilleure information auprès des femmes parturientes, via la convention CNAM-CNAF, devrait permettre d'aller au-delà de cette posture. « Tout l'enjeu des prochains mois sera de former les agents des caisses primaires d'assurance maladie partenaires afin qu'ils puissent informer en connaissance de cause les patientes sur l'importance d'avoir recours à un accompagnement social en cas de dysfonctionnements », résume Jean-Laurent Clochard. Pour l'heure, seul le Calvados a mis en place le dispositif avec la CAF locale. D'autres départements sont encore en phase d'interrogation, même si certaines CAF semblent sensibles à cette convention. Reste à convaincre l'ensemble des réseaux médicaux et sociaux de l'intérêt de cette démarche pluridisciplinaire pour le couple mère-bébé. ■ ■ ■ **Eléonore de Vaumas**

(1) L'une des quatre fédérations d'aide à domicile en France - Voir [www.fnaafp.org](http://www.fnaafp.org).

(2) La formation de niveau IV dure entre 18 et 24 mois. Elle compte 950 heures d'enseignement en centre de formation et 1155 heures de formation pratique en site qualifiant.

(3) Décret n° 99-779 du 9 septembre 1999.

(4) Création à la suite du décret n° 2009-1216 du 9 octobre 2009. La CNNSE est à l'origine du rapport « Organisation de la continuité des soins après la sortie de maternité », publié en 2013 et disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr>.

(5) « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement » - *Études et résultats* n° 660 - Septembre 2008 - [www.drees.sante.gouv.fr](http://www.drees.sante.gouv.fr).

## « La coordination médico-sociale gagnerait à être davantage institutionnalisée »

A Lyon, depuis 2010, les TISF de l'association ADIAF-Savarahm collaborent avec des réseaux de périnatalité. Analyse avec Aurore Lirola, coordinatrice de l'association.

### Quel type de partenariat avez-vous mis en place ?

Nous avons différents partenariats : avec la PMI du Rhône et avec l'ensemble des institutions – maternités, centres d'accueil en périnatalité, CMP [centres médico-psychologiques], unités mère-bébé, service de pédopsychiatrie – qui accompagnent la relation mère-bébé. A chaque demande d'intervention, nous sollicitons une rencontre partenariale, appelée « synthèse », avec les professionnels intervenant auprès de la famille. Elle peut se tenir dans l'unité mère-bébé, à la PMI ou à la maternité. Ensuite, nous échangeons régulièrement sur l'évolution de la situation. Ces rencontres multidisciplinaires servent à échanger sur nos différentes approches et à mieux nous comprendre.

### Qu'apporte une articulation médico-sociale en périnatalité ?

Confronter les regards, c'est offrir une chance pour le professionnel de santé de mieux saisir l'environnement social et matériel dans lequel évolue la famille et, si besoin, de réajuster le processus de soins selon ces éléments. De son côté, grâce à l'éclairage médical, le TISF est plus conscient de la souffrance vécue par la mère. Il peut adapter ses interventions en fonction de l'état maternel. Quant à la famille, déjà fragilisée par la situation, elle doit pouvoir compter sur un soutien cohérent. D'où l'importance de la complémentarité. Chacun doit pouvoir agir dans le respect de son champ de compétences et avec ses propres objectifs. Pas question d'empiéter sur les plates-bandes de l'autre ! Cela nécessite parfois une mise au point. De fait, il n'est pas rare que nous devions réexpliquer notre mission, le « tout-médical » en périnatal nous laissant parfois peu de place. Mais une fois que les professionnels de santé nous accordent leur confiance, ils conçoivent mieux l'intérêt d'un accompagnement à domicile en prolongement de leurs soins.

### Quelle est la place du TISF dans les réseaux de périnatalité ?

Il joue un rôle important dans l'accompagnement de la famille, aux côtés, par exemple, d'une puéricultrice ou d'un pédopsychiatre. Si la prise en charge médicale de la mère est inévitable lorsqu'il y a un risque avéré de dépression, le suivi à domicile par un TISF l'est tout autant, à condition que ces deux interventions soient bien coordonnées. Prenons le cas d'une mère suivie en hôpital de jour. L'équipe lui montre comment donner le bain à son nourrisson. Chez elle, la mère peut appliquer les conseils qu'elle a reçus la journée sous l'œil bienveillant du TISF qui, s'il le faut, rappellera les gestes à adopter et encouragera la mère à se faire confiance. Pour cela, il faut que l'équipe de soins et le TISF échangent et se fixent des objectifs complémentaires.

### Pourquoi l'articulation entre le médical et le social est-elle si peu développée en France ?

Des freins empêchent la bonne transversalité des pratiques. Le secret médical, aussi nécessaire soit-il, peut dans certaines situations mettre le TISF en difficulté. Ce dernier doit-il être au courant ? Un vrai casse-tête. La solution est pédagogique. Nous devons rassurer les professionnels de santé sur le rôle que nous jouons et mettre l'accent sur l'intérêt d'un travail codisciplinaire auprès des familles. Sinon, comment répondre aux problématiques qui ne relèvent pas de nos compétences ? Autre frein : la question de la dépression *post-partum* et de ses conséquences sur la relation mère-bébé n'est pas toujours une préoccupation pour les professionnels. Souvent, le lien avec le social ne s'applique que sur des situations individuelles. La coordination médico-sociale gagnerait à être davantage institutionnalisée pour mieux prévenir le risque de dépression au retour à domicile de la mère et de son bébé. ■ ■ ■ **Propos recueillis par É. V.**