

Université d'Angers

Ecole de Sages-femmes - René ROUCHY

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

**Evaluation de la connaissance et de la satisfaction
de l'UMPSP
des professionnels médico-psycho-sociaux
du Maine et Loire**

Mémoire présenté et soutenu par Mathilde KERMOAL

Sous la direction de Monsieur le Docteur Philippe GILLARD

Juin 2012

Remerciements

Je remercie,

Mr le Dr Philippe Gillard et Mme Sylvie Boudier pour m'avoir confié ce projet et soutenus durant ce travail,

Mme Goichon Brigitte pour son aide précieuse pour ce travail et sa disponibilité auprès des étudiants, l'ensemble de l'équipe enseignante et en particulier Mme Sadi Laurence pour sa bonne humeur et ses encouragements durant ces quatre années d'étude,

Les secrétaires du service de Gynécologie-Obstétrique notamment Mme Sureau particulièrement présente lors de la difficile recherche des informations et pour ces conseils concernant la réalisation cette enquête,

L'ensemble des professionnels pour avoir pris soin de répondre à cette enquête,

Ma famille au grand complet, B & K, pour leurs encouragements,

Ceux qui m'ont donné la vie et qui me l'enseignent encore, mes parents. Merci de m'avoir accompagné tout au long de ce parcours. Merci à mon père plus particulièrement pour ses corrections attentives et ses conseils avisés tout au long de ce mémoire,

Anne pour son excentricité souvent contagieuse, pour son doux caractère, pour être tout simplement là,

Eric pour être lui-même (B-N),

Maelle pour m'avoir soutenue et supportée pendant quatre ans, pour avoir été une oreille attentive pendant les périodes de doutes et pour avoir su partager les siens.

Daphnée pour la P1 et après, pour l'évasion et l'échange enrichissants que nos discussions m'apportent.

Jeanne « the working girl », Lucie « pour ma défense », Lilou « pour sa patience », Aurore « pour ses certitudes », Chloé et Aline « pour leurs enthousiasmes », Audrey « pour son optimisme », et à celui-dont-on-ne-peut-pas-prononcer-le-nom.



ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné(e) KERMOAL Mathilde, déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signature :

Cet engagement de non plagiat doit être inséré en première page de tous les rapports, dossiers, mémoires.

SOMMAIRE

Remerciements	1
SOMMAIRE	4
GLOSSAIRE	8
1. Introduction	9
2. Première partie	12
1. <i>Cadre conceptuel</i>	12
1) Définition de l'état de vulnérabilité.....	12
2) Définition de la notion de précarité	13
3) Quelques chiffres situation socio démographique en France en 2010. ...	14
2. <i>Les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité</i>	15
1) Dans le suivi	15
2) Pathologies maternelles induites par les situations de vulnérabilité et de précarité	16
3) Pathologie fœtales et néonatale induites par les situations de vulnérabilité et de précarité.....	16
4) Conséquences sur le devenir psychique de la mère et de l'enfant.....	17
3. <i>Cadre de protection pour la femme enceinte, la future mère et l'enfant</i>	18
1) La Santé un droit fondamental.....	18
2) Réduction des inégalités d'accès à la santé	18
3) Protection judiciaire de la femme enceinte, et de l'enfant à naître.....	19
i. Définition de la maltraitance	21
ii. L'information préoccupante	22
iii. Le signalement auprès d'une autorité judiciaire.....	23
iv. Le devenir du signalement (Annexe n°4).....	23
4. <i>Réseaux Médico-psycho-sociaux en périnatalité</i>	24
1) Définition.....	24

2)	Intérêts des réseaux médico-psycho-sociaux.....	24
i.	Intérêt : de la multiplicité des points de vue face au morcellement du sujet.	24
ii.	Intérêt d'une réflexion à distance et multidisciplinaire	25
iii.	Intérêt d'un discours pluridisciplinaire cohérent [22][26].....	25
iv.	Intérêt du réseau : lutte contre la vulnérabilité et la souffrance du professionnel [22]	26
5.	<i>Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité du CHU Angers, U.M.P.S.P</i>	27
1)	Présentation du contexte de sa création.....	27
2)	Ses objectifs	27
3)	Les intervenants	28
4)	Son fonctionnement.....	29
5)	Son action	30
i.	Soins du corps [24].....	30
ii.	Soins psychologiques	31
iii.	Accompagnement social.....	32
6)	Population prise en charge.....	33
3.	Deuxième partie	35
1.	<i>Matériel de l'étude et Méthodologie</i>	<i>35</i>
2.	<i>Résultats de l'Enquête</i>	<i>36</i>
1)	Population interrogée.....	36
2)	Conséquence de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse et l'enfant à naître :	40
3)	Acquisition des connaissances sur les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse et l'enfant à naître	43
4)	Analyse de la connaissance de l'UMPSP par les professionnels	43
5)	Existence de situation complexe dans la pratique professionnelle.....	45
6)	Orientation vers l'UMPSP	45
7)	Difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en charge	46
8)	Evaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire	49
9)	Evaluation subjective du suivi proposé par l'UMPSP	52

10) Satisfaction des professionnels l'UMPSP	54
11) Souhait d'informations complémentaires relatives à l'UMPSP	55
12) Supports de communication privilégiés	55
13) Suggestions émises	56
4. Troisième partie : Discussion	59
1. <i>Caractéristiques de l'enquête</i>	59
1) Taux de participation	59
2) Connaissance de l'UMPSP et Orientation vers l'UMPSP	59
3) Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de patiente en situation de vulnérabilité et de précarité.....	60
4) Une évaluation des apports de la prise en charge multidisciplinaire.....	61
5) Satisfaction des professionnels quant au suivi proposé par l'UMPSP	63
6) Souhais relatifs à des informations complémentaires	64
7) Suggestions émises par les professionnels	65
2. <i>Les limites de l'enquête</i>	65
1) La population ciblée	65
2) Répartition géographique	65
3. <i>Propositions relatives au devenir de l'UMPSP</i>	67
1) Informer	67
i. Plaquette information (Annexe n°8).....	67
ii. Outils informatiques	67
2) Former	67
3) Maintenir et renforcer l'échange et la collaboration interdisciplinaire ...	68
4) Faciliter le repérage des situations de vulnérabilité : Score EPICES ou Evaluation de la Précarité et des Inégalités de la Santé dans les Centres d'Examens de Santé (Annexe 7)	68
5) Lutter contre le décrochage des suivis.....	69
6) Promouvoir les échanges avec les sages-femmes libérales	69
7) Proposition soutient au développement d'autre unité dans le réseau sécurité naissance du Maine et Loire.....	70
5. Conclusion	72

6. Bibliographie.....	74
7. Annexe	77
1. <i>Annexe n°1</i>	77
2. <i>Annexe n°2</i>	78
3. <i>Annexe n°3</i>	79
4. <i>Annexe n°4</i>	80
5. <i>Annexe n°5</i> :	81
6. <i>Annexe n°6</i>	82
7. <i>Annexe n°7</i>	86
8. <i>Annexe n°8</i>	87
8. Résumé.....	88
9. Abstract	89

GLOSSAIRE

UMPSP : Unité Médico Psycho Sociale Périnatalité

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

PMI : Protection Maternelle Infantile

CMU : Couverture Maladie Universelle

API : Allocation Parent Isolé remplace depuis juin 2009 par le RSA

RSA : Revenu Solidarité Active mis en place depuis juin 2009.

TGI : Tribunal de Grande Instance

UED : Unité d'Enfance en Danger

LIP : Lettre d'Information Préoccupante

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

AEMO : Aide Educative en Milieu Ouvert

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et à la Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIVG : Centre Interruption Volontaire de Grossesse

SOLIPAM : Solidarité Paris Maman

CMPP : Centre Médico-Psycho Pédagogique

SUMPPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de la Promotion de la Santé

CPF : Centre Planification Familiale

1. Introduction

Classiquement en Médecine notamment en Obstétrique on soigne le corps. Ce corps est le premier lien, le premier contact avec la patiente le couple parental. Le corps de la femme est l'intermédiaire nécessaire dans la relation entre le couple et le soignant.

L'hyper technicité médicale, le suivi de grossesse médicalisé, les progrès de l'imagerie et l'ensemble de ces éléments visant à réduire la mortalité et la morbidité périnatale nous ont fait perdre de vue la parturiente dans sa globalité, femme, future mère, épouse ou concubine, être social à part entière.

Centré sur le corps, les situations sociales et psychologiques des patientes a été dès lors mises de côté.

Des changements sociaux tels que, la refonte des modèles familiaux, la montée massive du chômage dans l'ensemble de la population, la mise en place de nouveaux types d'emplois plus précaires, ont contribué à bouleverser notre société et marquer d'avantage les inégalités sociales.

Depuis les années 1980, les facteurs environnementaux et sociaux ont largement été reconnus par les professionnels de la santé comme pourvoyeurs de complications périnatales et plus généralement comme facteurs de dégradation de l'état de santé général des patientes.

De nombreux mécanismes de protection ont été développés afin de réduire ces inégalités d'accès aux soins. Ces derniers ont pour objectif d'offrir à chaque patiente la possibilité de bénéficier d'un suivi et de soins de qualité dans le cadre d'une grossesse, comme un soutien dans le processus de parentalité.

Les praticiens de la santé ont dû réapprendre à prendre en compte l'environnement social au sein duquel évoluent leurs patientes, dans un mouvement de décentrage nécessaire du corps vers le sujet.

En 2005, le « plan périnatalité 2005-2007 » [1], dans la lignée des plans périnataux précédents, réaffirme la volonté de mettre en place une politique de soins : structurante, sécurisante, plus humaine lors de la prise en charge périnatale.

Bien qu'étant arrivé à échéance, ce plan périnatal reste d'actualité. Il imprime au soignant la nécessité de prendre en charge l'individu dans sa globalité. Le praticien se doit de travailler en réseau, articulant une prise en charge entre la santé du corps et la santé mentale, sans oublier la qualité du cadre de vie et de façon plus générale la santé sociale de l'individu.

Le repérage des situations de vulnérabilité et de précarité est devenu indispensable, cela a nécessité la mise en place de réseaux de collaboration interdisciplinaire.

Dans ce contexte d'évolution des pratiques professionnelles fut créée en 2006, au sein du centre hospitalo-universitaire d'Angers, l'UMPSP, l'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité.

Après six années d'existence, il a semblé nécessaire à l'équipe de la maternité d'effectuer une évaluation du réseau mis en place. Cette évaluation a eu lieu par le biais d'un questionnaire soumis aux principaux acteurs de la périnatalité du Maine et Loire. Cette enquête se proposait dans un premier temps d'évaluer leurs connaissances de cette unité, de ses rôles et de ses actions auprès des couples et des nourrissons. Dans un second temps il a s'agit d'évaluer leur satisfaction des prises en charges instaurées par l'UMPSP et de recueillir leurs éventuelles suggestions.

Nous nous proposons dans ce mémoire d'exposer les problématiques ayant conduit à la création de l'UMPSP au sein de la maternité du CHU d'Angers, puis nous détaillerons la méthodologie utilisée lors de l'étude. Dans un second temps nous présenterons les résultats de cette enquête. Enfin nous en ferons la discussion et proposerons des suggestions quant à l'évolution de l'UMPSP.

1^{ère} partie
Généralités

2. Première partie

Nous ne pouvons parler de lutte contre les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité voir des situations d'exclusion sociale, sans en proposer au préalable une définition la plus complète possible. Cependant tenter de définir la vulnérabilité et la précarité reste complexe car l'on traite d'une dimension très vaste et propice à interprétation.

1. Cadre conceptuel

1) Définition de l'état de vulnérabilité

L'être humain est un être pluridimensionnel, c'est un être biologique psychologique et social. De ce fait la vulnérabilité est une notion difficile à cerner propre à chaque individu, femme, mère, enfant.

Le dictionnaire Le Petit Larousse 2011 [2] propose de définir ce qui est vulnérable comme « vulnérable : du latin vulnerare, blesser. Faible qui donne prise à une attaque, susceptible d'être attaqué. »

Il est entendu que la vulnérabilité relève d'une fragilité propre au sujet, à son parcours de vie. Une fragilité qui peut s'exprimer tant sur le plan physique que psychique voir social. Les principaux facteurs évoqués sont : l'âge, la maladie, un handicap physique ou intellectuel, un état de faiblesse, un manque des capacités de résilience, un défaut de capacité d'adaptation.

Un défaut d'adaptabilité de l'individu face aux changements de situation, qui peut menacer son équilibre personnel ainsi que celui des êtres qui dépendent de ce dernier. Cette défaillance positionne alors l'individu dans l'incapacité de se protéger, dépendant du soutien d'autrui. Notons que le défaut d'adaptabilité s'il est vu comme une des causes de la vulnérabilité il en est aussi très souvent l'une des conséquences

La grossesse, pour chaque parturiente, est un moment de vulnérabilité ainsi qu'il est rappelé dans la loi [3].

Cet état de vulnérabilité psychique et physique propre à chacune est semble-t-il d'autant plus prégnant lorsque la patiente se trouve déjà dans une situation de précarité.

2) Définition de la notion de précarité

En 1998, le rapport du haut comité de santé publique intitulé « progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » [4] nous interpelle : la précarité n'est pas le fait d'une catégorie sociale mais bien la conséquence d'enchaînement d'expériences chez un individu. Il précise que ce phénomène de précarisation touche en premier lieu les populations les plus vulnérables de la société.

Ce rapport reprend la définition de la précarité, proposée par J Wrezinski¹,[4] comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer les responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droit et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »

L'état précaire se définit dans l'instabilité d'une situation, dans un état qui est incertain et fragile, sans possibilité de projection dans un avenir proche.

La précarité est non spécifique et touche de nombreux aspects de la vie de la parturiente. Elle ne se limite pas uniquement à une fragilité financière comme on la perçoit classiquement. La précarité est fonction de facteurs endogènes et ou exogènes dépendants de l'individu. Cet état précaire peut atteindre différents points d'ancrage dans la société [5].

- Social
- Physique
- Psychique

¹ J Wrezinski : membre du conseil économique et social de la République française, rédacteur du rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » 11 février 1987

Il est important de noter que, comme il est spécifié dans le rapport du haut comité de santé publique [4], « la santé est le résultat d'un processus cumulatif ». Elle est le fruit du parcours de l'individu depuis les premiers moments de sa gestation et de sa vie fœtale, de la période périnatale et de son enfance à sa vie d'adulte autonome.

Il est donc pour nous, acteurs de la périnatalité, important de prendre en charge avec un soin tout particulier des femmes et des couples, s'ils existent, en situation de vulnérabilité. Ceci afin de protéger l'enfant à naître, ainsi que pour le devenir des femmes, des mères et du couple parental s'il existe. Il ne s'agit pas ici de stigmatiser une part de la population mais d'offrir la possibilité d'une sécurité, d'aider la patiente à s'inscrire dans une dynamique positive à un moment clé de son existence : La Grossesse.

3) Quelques chiffres situation socio démographique en France en 2010.

L'enquête périnatale de mai 2010 [6] met en évidence une précarité grandissante des ménages. Avec une diminution du taux d'activité du partenaire passant de 90.4% à 88.1% entre 2003 et 2010. Cette évolution fait écho d'une augmentation du taux de chômage des hommes qui, selon les chiffres INSEE 2010, passe de 5.9% à 8.5% entre 2003 et 2010.

Au troisième trimestre de grossesse 7.2% des femmes déclaraient être sans logement fixe vivant soit dans leur famille soit chez des amis, contre seulement 5.4% en 1995.

En mars 2010, lors de l'inscription à l'état civil la quasi-totalité des femmes déclaraient être en couple et 7.2% des parturientes déclaraient vivre seules et 19.3% des ménages représentaient: des femmes vivants seules et sans emploi, des couples au sein duquel aucune des parties ne travaillaient, ainsi que des couples où uniquement l'un des deux membres travaillait. Il n'y pas d'évolution significative depuis l'enquête périnatale de 2003.

A la lecture de l'enquête périnatale nous constatons une augmentation du taux de déclaration tardive celle-ci semble être en corrélation avec la dégradation de la situation

socio-économique des patientes. Le taux de déclarations tardives passe de 4.9% en 2003 à 7.8% en 2010.

2. Les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité.

La précarité et l'état de vulnérabilité présentent un impact non négligeable sur la vie et sur l'état de santé général des individus [5]. Dans le cas particulier de la grossesse cette influence à lieu auprès de la parturiente, de l'enfant à naître et plus largement du couple parental.

1) Dans le suivi

Lors du suivi des patientes dites précaires et vulnérables nous déplorons un recours tardif aux soins. Lorsque le suivi est instauré nous constatons un décrochage fréquent ou une irrégularité dans la prise en charge initiée [7]. Ainsi l'étude rétrospective menée au sein du CH de Toulouse [8], entre 2001 et 2002, met en évidence une fréquence des suivis insuffisants significativement plus importants dans les populations dites précaires (Annexe1)

Ceci est principalement lié au coût financier des soins [7][10]. Il peut s'expliquer aussi par un diagnostic tardif de grossesse et une prise de conscience des besoins qu'induit cet état d'autant plus retardée. Dans une autre mesure pour certaine patiente la peur du contrôle social, du jugement par le corps médical, induit une fuite et une démission du parcours de soins.

L'autre conséquence de la précarité et de la vulnérabilité est l'inégalité dans l'accès aux examens de dépistage et notamment celui de HT21 [10]. D'après Khoshnood et al en 2004, ceci est dû principalement à des raisons financières (absence de couverture sociale, prise en charge 100% après 24 SA...). En 2010, selon les chiffres parus dans l'enquête périnatale 2010 [6], 4.4% des femmes déclaraient avoir renoncé à des consultations et des examens et soins dentaires pour des raisons de coût.

La difficulté de subvenir aux besoins primaires, l'alimentation, les questions de logement, l'isolement socio-affectif, sont autant d'éléments qui, lors d'une grossesse, apportent un stress supplémentaire. Un stress dont l'impact est encore difficile à évaluer mais non négligeable pour autant.

2) Pathologies maternelles induites par les situations de vulnérabilité et de précarité

L'impact de la précarité et de la vulnérabilité psychique sur le déroulement de la grossesse a fait l'objet de nombreuses études [8][9][11][16][28]. On note une augmentation significative de la fréquence des pathologies maternelles au sein de ces populations. Cette tendance est majorée par l'absence de suivi, cela est d'autant plus vrai que la négligence du suivi entraîne un retard de prise en charge des pathologies qui a lieu, dès lors, dans un contexte d'urgence médicale. (Annexe 3)

Selon l'enquête effectuée par M Gayral-Taminh en 2001 à Toulouse [8], ces pathologies sont principalement l'anémie, les infections vaginales et urinaires, ainsi que la menace d'accouchement prématuré. On remarque que les pathologies hypertensives, telle que l'hypertension gravidique et la pré-éclampsie, ne sont pas concernées dans cette étude. Cependant il est établi dans la littérature une augmentation de ces pathologies hypertensives, ainsi que les pathologies diabétiques dans les populations précaires et vulnérables.

3) Pathologie fœtales et néonatale induites par les situations de vulnérabilité et de précarité

Parmi les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse on retrouve un impact significatif de la précarité et surtout du défaut de suivi sur le devenir fœtale et néonatale [8][9][10][11][12][16].

Ainsi on constate une augmentation significative de l'hypotrophie fœtale, de la prématurité modérée (supérieur à 32 SA), une augmentation du risque d'infection néonatale et d'hypoxie fœtale aigüe. Il est entendu que se greffe sur ses pathologies initiales le risque de séquelles neurosensorielles, respiratoires, cognitives grevant le pronostic au long terme de l'enfant. (Annexe 2) En cas d'addiction maternelle ou de traitement psychotrope on observe une majoration de l'hypotonie néonatale entraînant parfois une détresse respiratoire, à cela s'ajoute un syndrome de sevrage plus ou moins sévère dans la période néonatale [27][29][30].

De manière générale les enfants nés dans un contexte de précarité et de défaut de suivi présentent plus fréquemment un Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et sont plus souvent transférés dans les services de réanimation néonatale. On observe qu'il n'existe apparemment pas de majoration de la mortalité périnatale chez ces nouveaux nés.

4) Conséquences sur le devenir psychique de la mère et de l'enfant

Les autres conséquences de la grande vulnérabilité et de la précarité sur la grossesse sont d'ordre psychique. Ces conséquences sont variables en fonction du vécu de la patiente, de ses antécédents psychiques ou psychiatriques, de l'existence de violences entre partenaires ou intrafamiliales, de la présence d'un soutien social psychologique ou familial... Ces éléments influent sur le devenir psychique de la diade mère-enfant. Ils peuvent induire des pathologies psychiques maternelles durant la grossesse comme durant la période du post partum et ainsi troubler l'établissement du lien d'attachement. Sur le long terme on peut craindre l'apparition de troubles chez le nouveau-né et l'enfant allant de la symptomatologie anxieuse à de véritables troubles comportementaux et psychomoteurs [13][14][15].

Les patientes souffrant de troubles d'ordre psychotique ou schizophrénique offrent un comportement moins prévisible voir imprévisible pour le nouveau-né et l'enfant [14]. En dehors de la question de la sécurité physique immédiate nécessaire à la vie de l'enfant se pose la question d'une sécurité émotionnelle. Ces pathologies peuvent ainsi exposer le nourrisson à un « chaos émotionnel », à des séparations répétées de la diade celles-ci favorisent la rupture des liens et l'apparition de troubles psychiques infantiles.

3. Cadre de protection pour la femme enceinte, la future mère et l'enfant.

1) La Santé un droit fondamental

La Santé est un droit fondamental. Cet élément est inscrit au fondement même de la constitution de la République Française [17] : « La nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et au vieux travailleurs, la protection de la santé. ». Cela est réitéré régulièrement par les lois régissant la politique de santé publique.

L'Organisation Mondiale de la Santé propose de définir la Santé comme étant « un état de bien être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté » [18]. Il est entendu que ce n'est pas l'absence de pathologie qui définit la santé, et qu'elle ne se limite pas à l'état physique individuel mais sous-entend des déterminants psychologiques, sociaux, financiers.

2) Réduction des inégalités d'accès à la santé

Dans le cadre d'une politique de protection de la santé et plus particulièrement celle de la mère et de l'enfant plusieurs actions ont été menées par le gouvernement afin de réduire les inégalités de santé.

Des leviers économiques ont été mis en place afin de limiter l'impact de la précarité financière sur la santé de la population et plus particulièrement sur le bon déroulement de la grossesse.

Les droits ouverts lors de la déclaration de grossesses offrent à la patiente la possibilité de faire suivre sa grossesse en toute sécurité. L'Assurance Maladie prend en charge les frais entrepris pour le suivi obstétrical : les sept consultations prénatales obligatoires, les examens médicaux et analyses complémentaires prévus lors du suivi de la grossesse, l'hospitalisation, le suivi post natal, la rééducation périnéale. Ces remboursements se font à hauteur des tarifs de base de l'assurance maladie et ne prennent pas en compte les dépassements d'honoraires

Un autre levier permettant de freiner l'impact de la précarité sur l'état de santé est la Couverture Maladie Universelle. Les droits sont ouverts lorsque l'individu réside de façon stable et régulière sur le territoire français depuis au moins trois mois et qu'il ne peut bénéficier du régime obligatoire de l'assurance maladie. Lorsque le bénéficiaire ne peut remplir les conditions d'accès au régime obligatoire de l'assurance maladie (situation de chômage non indemnisé, jeune sans ressources sans qualité d'ayant droit...) il accède à la CMU pour une période de 12 mois.

Revenu Solidaire d'Activité qui remplace l'Allocation Parent isolé

Afin de faciliter l'accès à des soins de qualité a été mis en place le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et à la Santé, le PRAPS. La création des Permanences d'Accès au Soins de Santé en Périnatalité, la PASS périnatalité, s'inscrit dans la continuité de ce programme. La PASS périnatalité est instituée au CHU d'Angers depuis 2001.

3) Protection judiciaire de la femme enceinte, et de l'enfant à naître

Un autre volet de l'action gouvernementale dans la protection de la femme enceinte et de l'enfant est d'ordre législatif [3][21]. La loi nous rappelle que l'état de grossesse, le fait d'être un mineur de moins de 15 ans sont des situations de vulnérabilité. Le Code Pénal stipule que la grossesse (si elle est connue ou visible) ainsi que le fait d'être mineur sont des facteurs aggravants d'un acte perpétré à l'encontre d'une femme ou d'un enfant. Ce cadre doit nous permettre d'agir plus efficacement sur le plan judiciaire lors de violence entre partenaires intimes, de maltraitance...

L'état français s'est aussi engagé dans la protection de l'enfance.

Comme le rappelle le rapport d'action pour l'enfance en danger du conseil général du Maine et Loire [19]. « Tout enfant sur le territoire français, quelle que soit sa nationalité ou celle de ses parents, relève du dispositif français de protection de l'enfance. Les parents sont responsables de l'éducation, de l'entretien et de la protection de leurs enfants. Toutefois, pour les cas où les parents éprouvent des difficultés dans l'exercice de leur

fonction parentale, la législation prévoit deux modes de protection de l'enfance : administratif et judiciaire. »

La protection de l'enfance est une action de l'état déléguée au conseil général depuis la loi du 10 juillet 1989. Le président du conseil général a donc un rôle primordial dans l'organisation de la protection de l'enfance au sein de son département. Il doit permettre l'articulation du volet administratif et judiciaire de la protection de l'enfance.[19]

Il est question ici de mettre en place des actions de prévention, d'information et d'agir auprès de l'enfant par le biais de la PMI et de l'ASE. Les moyens d'agir sont divers, allant du soutien à la parentalité à la mise en place d'accompagnements familiaux jusqu'aux signalements auprès du procureur de la République.

Le versant administratif de la protection de l'enfance vise à faire participer les parents dans les mesures instituées. Il s'agit d'établir un contrat entre les différentes institutions de la protection de l'enfance. Mettre en place un échange et une collaboration entre les parties qui évite dès lors le recours au versant judiciaire.

Le volet judiciaire de la protection de l'enfance fait intervenir le juge des enfants, le procureur de la République et l'ensemble des partenaires de la protection de l'enfant. Cette action est mise en place dès lors que l'enfant est en danger immédiat ou lorsque les parents ne collaborent pas aux prises en charges instituées. Il s'agit alors d'imposer une décision et une prise en charge.

La protection de l'enfance est un domaine dans lequel les acteurs de la périnatalité doivent porter leurs efforts. Les intervenants de la périnatalité doivent avoir le souci de prévenir et d'informer, de repérer des situations de danger potentiel pour l'enfant et de soutenir l'accès à la parentalité.

Il est nécessaire pour les professionnels de connaître ce que l'on définit par l'enfance en danger, ce qu'est la maltraitance, comment, à notre niveau, on peut la prévenir.

Un « enfant en risque », est un enfant évoluant dans une situation qui risque de compromettre sa santé, sa moralité, son éducation, son entretien et son développement physique, affectif et intellectuel [20].

L'enfance en danger correspond à l'ensemble des enfants victimes de violences physiques, cruautés morales, d'abus sexuels ou de négligences lourdes ayant des conséquences graves sur son développement physique ou psychologique.[20]

i. Définition de la maltraitance

En 1996, La convention internationale des droits de l'enfant propose une définition de la maltraitance [19][20].

La maltraitance ne se définit pas uniquement par l'existence de violences physiques ou d'abus sexuels, elle comprend aussi les négligences graves et répétées aux besoins physiologiques et affectifs de l'enfant.

Celle-ci peut s'exprimer aussi en imposant à l'enfant des modes de vie incompatibles au vue de son âge, ou de sa maturité. La maltraitance peut s'exprimer à différents niveaux :

- Physique
- Psychique
- Sexuel

La maltraitance peut toucher tout enfant, sans distinction de catégorie sociale ni d'âge. Elle peut être le fait des parents, des proches, des personnes qui ont autorité sur l'enfant, ou bien même d'autres enfants.

Il faut donc tenter de prévenir la maltraitance, repérer les situations de danger.

La charte de la protection de l'enfance du Maine et Loire nous rappelle quelques signes devant lesquels il faut se poser la question de la maltraitance :

- Blessures pouvant résulter d'un acte de violence (hématomes, brûlure, coupure,...)
- Troubles du comportement (énurésie, encoprésie, anorexie, boulimie...)
- Retard psychomoteur ou intellectuel
- Etat de santé général, augmentation du nombre d'hospitalisation, tentative d'autolyse...
- Comportement addictif alcoolisme, toxicomanie...
- Prise en compte de l'environnement au sein duquel évolue l'enfant.

Le code d'action sociale et familiale ainsi que le code pénal nous rappelle qu'en tant que citoyen nous devons de protéger l'enfance en signalant le cas échéant une situation de danger.

L'article 434-3 du code pénal vise plus particulièrement la non dénonciation de mauvais traitements sur mineur de quinze ans ou moins : « Le fait, pour quiconque ayant eu connaissance de privations, de mauvais traitements ou d'atteintes sexuelles infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie et de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives est puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »

Dans le cas particulier des professionnelles de santé l'article L226-2-2 permet la levée du secret médical auquel il est soumis sans risque de sanction pour ces derniers.

Le signalement peut être fait sous deux formes

*ii. **L'information préoccupante***

L'information préoccupante est définie par l'article L 226-2-1 du code d'action sociale, cette information peut être apportée par tout un chacun.

Elle doit contenir :

- le nom et le prénom de l'enfant qui apparaît en situation de danger ou qui risque de l'être
- l'adresse de l'enfant et de sa famille
- une description des éléments qui font penser que l'enfant est en danger ou qu'il risque de l'être. Ces éléments peuvent être une simple observation jusqu'à un certificat médical.
- Son auteur peut rester anonyme.

Elle est adressée, dans le Maine et Loire, à l'UED Unité d'Enfance en Danger [20]. Cette unité créée au sein de l'ASE, fait suite à la modification de la loi du 5 mars 2007 [21] concernant la protection de l'enfance. Elle a pour rôle de collecter les informations préoccupantes, d'en informer le président du conseil général et de réorienter par la suite cette information vers qui de droit afin d'évaluer la situation de façon pluridisciplinaire (Professionnels médico-sociaux, ASE, Procureur de la république).

iii. Le signalement auprès d'une autorité judiciaire

Le signalement est la dénomination utilisée pour stipuler la saisine de l'autorité judiciaire.

Généralement la saisine de l'autorité judiciaire est effectuée par l'UED, service de l'ASE, après une évaluation de la véracité des éléments relevés par l'information préoccupante. Dans certains cas le signalement peut être réalisé sans délai, sans évaluation par l'UED. Il est question alors d'un danger imminent nécessitant une intervention rapide, en moins de vingt-quatre heures, soit du fait de la gravité des actes soit du fait de l'impossibilité d'investigation auprès de la famille. L'information préoccupante devient alors un signalement. Ce dernier est adressé directement auprès du procureur de la République.

iv. Le devenir du signalement (Annexe n°4)

Dans le cadre d'une situation de danger imminent ou particulièrement grave. L'information préoccupante va être transférée au procureur de la République. Il doit établir la nécessité d'extraire ou non l'enfant de son environnement. La saisine du procureur de la République peut se faire par l'UED ainsi que par d'autres professionnels médicaux et sociaux. Lorsque les faits sont d'une particulière gravité le procureur se réfère au Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance TGI, afin de prononcer une Ordonnance de Placement Provisoire OPP. Cette ordonnance permet d'extraire l'enfant de son environnement pendant 15 jours durant lesquels va avoir lieu l'évaluation précise du danger et permettre par la suite la mise en place de mesures de protection de l'enfant.

Dans le cadre d'une information préoccupante où le danger n'apparaît pas comme imminent l'UED va mettre en place une évaluation de la situation et saisir les différents partenaires médicaux, sociaux ainsi que les services de l'ASE afin de proposer une prise en charge et un suivi adapté. Il s'agit de mettre en place le volet administratif de la protection de l'enfance cependant à tout moment si le danger apparaît comme imminent ou majeur l'UED peut saisir le procureur de la République.

4. Réseaux Médico-psycho-sociaux en périnatalité

1) Définition

La création d'un réseau médico psycho social en périnatalité s'initie par un décloisonnement entre les différentes disciplines (service pédiatrique, d'obstétrique, psychiatrique...) afin de mettre en place une collaboration efficace et harmonieuse.

Il s'agit avant tout d'une interaction entre les différents acteurs de la prise en charge afin de créer un filet de soutien pour les parturientes et les conjoints s'ils sont présents. Cela ne doit pas être une juxtaposition des individualités mais la recherche d'une complémentarité des professionnels par la mise en commun des compétences. C'est une organisation, une structure qui prend tout son sens dans les situations de particulière vulnérabilité des parturientes.

Un réseau qui devient de plus en plus efficient de par la qualité de l'échange et du dialogue institué entre les soignants, ainsi qu'entre les soignants et la parturiente.

Il est nécessaire d'éviter le piège de l'excès d'intervenants. Dans chaque situation des acteurs centraux et essentiels sont à définir. Il s'agit de mettre en place des référents dans le parcours de soins, des piliers dans la pluridisciplinarité. Il faut identifier les soignants les plus à même de mobiliser « les capacités intérieures » et les émotions de la patiente afin de lui apporter un soutien suffisant. En définitive ce sont les professionnels auprès de qui la relation de confiance s'établit le mieux et le plus durablement.

2) Intérêts des réseaux médico-psycho-sociaux

Ces réseaux médico-psycho-sociaux présentent des nombreux intérêts pour la patiente, le couple, l'enfant à naître, ainsi que pour les soignants.

i. Intérêt : de la multiplicité des points de vue face au morcellement du sujet.

Le réseau permet la multiplicité des regards, la diversité des points de vue sur une situation. Dans un contexte de partage de l'information entre les acteurs il laisse entrevoir

la globalité de l'individu. Comme nous l'explique F Molénat le réseau médico psycho sociale présente «un espoir qu'une approche conjointe l'emportera sur le morcellement de l'humain » [22]. Ainsi le sujet que nous rencontrons en médecine présente de multiples dimensions (corps, psyché...) qui constituent son identité, et nous confronter uniquement au corps revient à nier une grande part de celle-ci.

ii. Intérêt d'une réflexion à distance et multidisciplinaire

Au lieu d'une réaction immédiate soumise aux affects de chacun, le réseau médico psycho social permet une réflexion commune légèrement différée dans le temps permettant ainsi une diminution des prises de décision arbitraires et uni focales.

Le poids des représentations et des affects influence les relations. F Molénat [22][23] nous rappelle qu'il est primordial de réfléchir de façon collégiale aux faits, de confronter les représentations de chacun, rendre possible l'expression des affects afin d'en diminuer les impacts lors de la prise en charge. Cela peut permettre de ne pas « offrir en miroir ce que les sujets souffrants ont déjà connu » [22] (conflits, méfiance, discontinuité...) et limiter un phénomène de « maltraitance institutionnelle ». La maltraitance institutionnelle telle que la présente F Molénat [22] peut se comprendre comme une iatrogénie de l'institution, issue de la reproduction d'un schéma (abandon, maltraitance, violence...) au sein duquel la vulnérabilité de la patiente a pris racine.

Il s'agit de permettre au sujet d'évoluer dans un réseau sécurisant et étayant, et non stigmatisant. Ce dernier point est particulièrement important car la stigmatisation entraîne un mouvement de replis et de confrontation envers l'autre conséquence d'un jugement.

La collaboration interdisciplinaire offre la possibilité d'observer et d'échanger sur les différents aspects d'une situation, de définir ensemble la prise en charge à court, moyen et long terme. Il ne s'agit pas d'offrir une solution pré établie mais d'adapter la prise en charge en fonction du sujet.

iii. Intérêt d'un discours pluridisciplinaire cohérent [22][26]

Les instances d'échanges entre les professionnels permettent d'accorder les discours et de présenter aux patientes une décision commune. Une prise en charge établie de façon collégiale, soutenue de façon identique par les différents intervenants, est d'autant mieux acceptée par la patiente. La cohérence entre les différents membres de l'équipe est nécessaire pour permettre d'établir une relation de confiance.

iv. **Intérêt du réseau : lutte contre la vulnérabilité et la souffrance du professionnel [22]**

Les situations complexes et de grandes vulnérabilités des patientes peuvent induire chez le soignant une certaine vulnérabilité. Le soignant face à la souffrance du patient, est parfois remis en question dans ses compétences. Notons que l'interaction entre les différentes disciplines rend possible un échange sur les difficultés ressenties, et permet un soutien des professionnels entre eux. Il s'agit de réassurer un positionnement face au patient, de s'assurer de ses compétences et d'en reconnaître leurs limites afin de pouvoir laisser intervenir qui de droit.

5. Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité du CHU Angers, U.M.P.S.P

1) Présentation du contexte de sa création

L'Unité Médico Psycho Sociale en Périnatalité voit le jour en Juin 2006 au Centre hospitalo-universitaire d'Angers [24]. Cette unité médico-psycho-sociale vient concrétiser au sein du CHU d'Angers une demande de transversalité et de pluridisciplinarité en périnatalité émise par le plan périnatal 2005-2007 intitulé « Humanité, Sécurité, Proximité, Qualité en périnatalité ».

La création de cette unité fait suite à la mise en place en 2001 à la maternité d'un programme de Permanence d'Accès aux Soins de Santé, la PASS périnatalité. A ceci s'ajoute le constat de l'existence de situations de vulnérabilité et précarité majeures à haut risque médical psychiatrique et social. Les équipes médico psycho sociales ont entamé un processus de réflexion interdisciplinaire afin d'offrir la possibilité d'une prise en charge globale, ce dans un souci de prévention et de soutien envers les patientes, les couples, et les enfants à naître.

Différents intervenants participent à cette structure qui permet l'interaction entre la Protection Maternelle Infantile, l'Aide Sociale à l'Enfance, et le corps médical via les représentants des services d'obstétrique, de pédiatrie, de psychiatrie et d'addictologie.

Cette unité propose un accompagnement spécifique et adapté à chacune. Elle permet un ajustement des pratiques professionnelles face aux difficultés que rencontrent non seulement les parturientes mais aussi les soignants. L'UMPSP dispose d'un fonctionnement flexible qui rend possible l'établissement de prise en charge trop complexe pour un service seul.

2) Ses objectifs

Les objectifs de cette unité sont multiples [24][25]. Il s'agit de proposer un accompagnement alliant une attitude de soin et de prévention auprès de la mère et de l'enfant. Ce projet sous-entend de soutenir la gestation et la naissance d'une mère et d'un

enfant en bonne santé physique, mentale et dans un bon équilibre social. Cette action se définit tant au niveau de l'accès au soin qu'au niveau de la qualité de ces derniers.

L'objectif premier est d'effectuer un travail sur l'anticipation, le repérage et le diagnostic des situations de vulnérabilité et de précarité. Celui-ci est réalisé dans un premier temps par les soignants qui orientent les patientes vers l'UMPSP. Il est poursuivi grâce aux actions menées par l'équipe médico psycho sociale de l'UMPSP. Cette étape nécessite d'évaluer ce qui se joue au travers de la grossesse. Dans quel projet de vie cette grossesse s'inscrit-elle ? Est-ce une grossesse sociale, narcissique, ou bien inscrite dans un projet parental ?

Le deuxième objectif est d'établir une prise en charge acceptable et adaptable à la patiente, et néanmoins suffisante pour permettre une naissance dans de bonnes conditions physiques, psychiques et sociales. Une prise en charge qui articule les soins du corps, les soins psychiques, et le soutien social. Cette dernière a lieu au sein du service de gynécologie obstétrique du CHU d'Angers et se déroule au cours des consultations prénatales, d'hospitalisation de jour ou bien même d'une hospitalisation prolongée dans le service de grossesse pathologique ou en Suite de couche après l'accouchement. L'ajustement de ces démarches vise à éviter les nombreux décrochages du parcours de soin institué, et de « rattraper » les parturientes qui échappent au suivi. Il s'agit aussi d'orienter le parcours de soin, de donner du sens au soin et d'établir un contrat de prise en charge entre professionnels et patientes, pour au final rendre la patiente actrice du suivi. Ceci est nécessaire à l'établissement d'une relation de confiance entre soignant et soigné.

Pour les soignants cette unité est censée offrir une réponse, une prise en charge rapide et sécurisante pour tous.

L'ensemble de ces actions est rendu possible par la centralisation des informations vers un interlocuteur privilégié qui permet la synthèse des éléments et crée les liens nécessaires à la démarche de soin.

3) Les intervenants

L'UMPSP permet l'articulation des professionnels autour d'une prise en charge unique. Au centre de cette démarche des membres permanents : Médecin obstétricien de référence, Sage-femme de liaison, Psychologue de liaison, Pédiopsychiatre, Echographiste de référence, Secrétaire.

En fonction des situations évoquées d'autres acteurs interviennent. On peut citer notamment :

- PMI (médecins, sage-femme et puéricultrices),
- ASE, inspecteur de l'ASE, éducateur AEMO,
- CESAME, Pouponnière, Samu social, Clinique, Intervenants libéraux,

4) Son fonctionnement

Cette unité est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30. Les patientes peuvent se présenter sans rendez-vous préalable et sont accueillies dans un premier temps par la sage-femme de liaison. Cette grande disponibilité est primordiale pour deux raisons principales. La complexité des situations qui rend ces consultations particulièrement chronophages. Auquel s'ajoute l'incapacité pour certaine patiente d'« entrer » dans un suivi plus conventionnel avec des contraintes horaires.

Le nombre de consultation lors du suivi est variable en fonction des patientes, de leurs situations de vie et de l'état d'avancement de la grossesse. Un suivi est établi et s'il n'est optimum un minimum est mise en place pour la sécurité de la patiente, de l'enfant et du couple parental s'il existe.

L'orientation a lieu principalement auprès de la sage-femme. Les professionnels souhaitant orienter leur patiente ont la possibilité de joindre la sage-femme de liaison via un numéro de téléphone unique. Par un simple appel, le professionnel peut avoir une réponse rapide quant à la nécessité de la prise en charge par l'UMPSP.

Le premier contact avec la patiente se fait classiquement avec la sage-femme de liaison. Elle reste l'interlocutrice privilégiée au cours du suivi. La sage-femme a pour mission d'articuler le suivi de grossesse à la prise en charge sociale et psychologique. Elle est un élément clé dans le repérage des situations de vulnérabilité.

Elle collecte les informations concernant la vie et le vécu de la parturiente, établit les liens entre les différents professionnels, et parallèlement s'inscrit dans une relation de soin et de prévention auprès de la patiente.

Lors des réunions hebdomadaires, la sage-femme ou l'interlocuteur référent présente aux membres de l'équipe pluridisciplinaire le ou les dossiers nécessitant une prise en charge de l'UMPSP. Il s'agit de réunions de synthèse au cours desquelles il est réfléchi de manière conjointe aux mesures à mettre en place pour le suivi de la grossesse, pour le devenir de la mère et de l'enfant lors de la période du post partum.

Cette réflexion pluridisciplinaire permet d'éviter une prise de décision arbitraire [22]. De la même façon elle permet d'observer les répercussions d'une décision sur les différents champs de la prise en charge.

A la suite de ces réunions hebdomadaires l'équipe réalise une feuille de « route » dans laquelle sont consignées les démarches à suivre pour: La suite de la grossesse, l'accouchement, l'hospitalisation et joindre les professionnels la nuit et le week-end.

En cas de démarche particulière telle que la réalisation d'une lettre d'information préoccupante ou bien un signalement auprès du procureur de la république, la feuille de route permet la traçabilité de l'action.

La sage-femme réalise l'ensemble des comptes rendus et les courriers destinés aux professionnels participants à la prise en charge ou ayant orienté la patiente. Ces courriers permettent d'inclure le soignant dans la prise en charge, et offre ainsi une certaine reconnaissance de leur action.

5) Son action

L'action de L'UMPSP comporte à trois niveaux.

i. Soins du corps [24]

La grossesse est un moment clé dans l'existence d'une femme. Cet évènement peut permettre le retour dans un parcours de soin dont elle a été exclue du fait de son chemin de vie. Le bien être foetal peut être alors un atout voir un prétexte pour les soignants, leurs permettant d'intervenir sur la santé maternelle et infantile.

Cette action de soin et de prévention passe par le dépistage, le suivi et le traitement des pathologies. Il s'agit de proposer plus précocement une prise en charge des pathologies pour limiter la morbidité relative d'un soin effectué dans l'urgence. Dans un même temps l'éducation à la santé et au corps doit être développée. Comme le souligne F Molénat [22]

donner du sens à la prise en charge médicale, psychologique et sociale permet l'ouverture d'un dialogue se projetant dans une démarche de soin structurante.

Ainsi l'éducation à la santé et au corps, lorsqu'elle peut avoir lieu est un des moyens de rendre la parturiente et le couple parental, s'il existe, acteur de la prise en charge cela facilite leur implication dans le suivi.

L'ensemble de ces actions a pour objectif de diminuer l'impact des facteurs environnementaux sur l'état de santé maternel et fœtal. L'objectif est de réduire l'incidence des pathologies et leurs gravités ainsi que leurs conséquences à court moyen et long terme.

ii. Soins psychologiques

Un avantage de l'UMPSP est la présence de pédopsychiatres et de psychologues référents. Ces derniers peuvent intervenir directement auprès de la patiente ou bien indirectement en soutenant l'équipe médicale. [22][24][25]

Il est important de rappeler que chacun, à son niveau, peut apporter un soutien à la parturiente, en proposant une écoute active afin d'entendre ses souffrances, ses doutes et ses besoins. Cet aspect est important à noter car le refus d'une aide psychologique par les patientes n'est pas rare et plutôt que de briser le suivi, un étayage par les soignants peut être un premier pas vers l'acceptation d'un suivi psychologique futur.

Le soin apporter à la santé mentale des femmes, et des enfants est l'un des mécanismes permettant d'accompagner les couples dans un processus de parentalité.

Ce soin passe par une écoute active et sans jugement afin de permettre à la parturiente d'exprimer ses sentiments, et de lui amener une certaine sécurité émotionnelle.

Un autre objectif est de prévenir des décompensations psychiques qui peuvent avoir lieu lors de la grossesse, de l'accouchement et dans la période du post partum. En effet il faut garder en mémoire que toute grossesse, même lorsque celle-ci ne se projette pas dans un projet parental induit un cheminement psychologique, une crise identitaire propice à l'apparition de troubles psychiques et somatiques. Il est question d'entendre la parole, et dans un même temps d'observer le corps afin de mettre du sens sur les maux.

Dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique, il s'agit aussi d'équilibrer les traitements aux besoins des patientes, parfois proposer une hospitalisation en centre de soin spécialisé ou dans le service de grossesse pathologique. Si la patiente est déjà dans un parcours de soins avec un psychiatre référent ce dernier reste l'interlocuteur principal ceci pour une bonne continuité du processus de soin.

Lors de la naissance l'ensemble des équipes de professionnels s'attache à surveiller : les interactions précoces entre la mère et l'enfant, l'évolution de la diade voir la mise en place d'une triangulation des relations lorsque le père est présent.

iii. Accompagnement social

Le repérage des situations de vulnérabilité, de risque pour la femme et l'enfant à naître, nécessite de la part des professionnels la participation à un étayage social et parfois judiciaire. Ce lien s'effectue auprès des professionnels de la PMI, des assistantes sociales, de L'ASE et parfois auprès des professionnels judiciaires.

Les professionnels de l'unité, s'inscrivent dans une démarche de soins auprès des patientes. Il est question d'établir du lien avec les acteurs sociaux sans pour autant devenir des substituts judiciaires. Les démarches entamées sur le plan social et judiciaire, tel que la rédaction d'une LIP Lettre d'Information Préoccupante ou un Signalement auprès du procureur de la République, doivent être effectuées après avoir été expliquées aux patientes.

Lorsque l'annonce d'une telle mesure est effectuée les professionnels du soin et les acteurs sociaux sont présents, unis dans cette décision. Cependant la présence du tiers social ou judiciaire tend à diminuer les risques de rupture du parcours de soins, cela réduit le rôle du corps médical et permet à la patiente de ne pas vivre cette action comme un abandon de l'équipe soignante.

Cet accompagnement a lieu en continuité de la prise en charge corporelle. Il s'agit de donner du sens à l'action entreprise afin de donner la possibilité aux patientes et aux couples, s'ils existent, de s'autodéterminer.

6) Population prise en charge

Plusieurs critères d'inclusion ont été définis lors de la création l'UMPSP afin de cibler la population relevant d'une prise en charge. Ces différents critères sont les suivants:

- Troubles psychiatriques
- Précarité et risque de placement de l'enfant
- Suspicion de maltraitance, violence entre partenaires et la question de la protection de l'enfant à naître.
- Demande d'interruption de grossesse au-delà du délai légal de 14 SA
- Détresse sociale, souhait d'abandon, accouchement sous X
- Conduite addictive et précarité
- Précarité et pathologie fœtale
- Précarité et pathologie maternelle

En juin 2011, en comptait 169 prises en charge.

2^{ème} partie

Méthodologie et Résultats

3. Deuxième partie

1. Matériel de l'étude et Méthodologie

Dans un souci de proposer une prise en charge complète et sécurisante des patientes et couples parentaux en situation de grande vulnérabilité et précarité, l'UMPSP s'est positionnée en tant qu'alternative aux prises en charges plus conventionnelles. Après cinq années d'existence il a été question d'en évaluer la connaissance et la satisfaction des professionnels médico-psycho-sociaux du Maine et Loire.

Pour répondre à cet objectif nous avons réalisé une enquête prospective et descriptive du réseau médico-psycho-sociale du Maine et Loire formé autour de l'unité.

Afin de réaliser cette enquête nous avons adressé un questionnaire de vingt-cinq questions associé à une lettre expliquant les objectifs de ce travail. A celle-ci était jointe une enveloppe réponse pré timbrée et adressée (Annexe 5,6).

La population cible était l'ensemble des professionnels médico-psycho-sociaux du Maine et Loire tant en exercice libéral qu'au sein des structures hospitalières, et de la PMI.

Ces questionnaires ont été remis :

- Par voie postale pour les médecins généralistes, les gynécologues et gynécologues obstétriciens, les sages-femmes et les psychiatres exerçant leur profession en libéral.
- Remis en main propre pour les médecins du CIVG Flora Tristan et les professionnels de la PMI
- Mis à disposition au sein des services de la maternité pour les sages-femmes de la maternité du CHU d'Angers.

Au total nous dénombrons 945 questionnaires envoyés ou mis à disposition.

Le recueil des questionnaires réponses a été effectué durant quatre mois, avec une date butoir fixée au 15 mars 2012. Nous avons recueilli 346 questionnaires réponses dont 15 ont été exclus de l'enquête car les personnes concernées n'exerçaient plus leurs activités.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées grâce au logiciel Excel 2010.

2. Résultats de l'Enquête

1) Population interrogée

L'enquête a été envoyée à 945 professionnels de la santé dans le Maine et Loire.

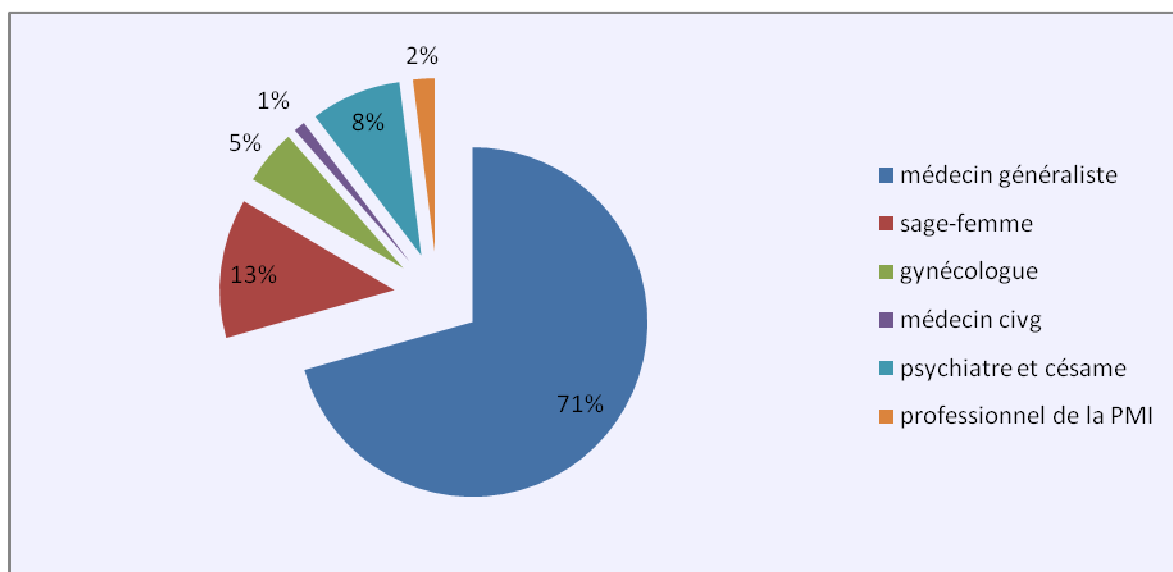


Figure 1 : Répartition de la population ciblée à l'envoi en fonction de leur profession.

Nous dénombrons 346 réponses. Parmi ces 346 questionnaires recueillis 331 sont exploitables soit un taux de participation de 35,02%. On exclue 15 questionnaires retournés sans aucunes données réponses ceci s'expliquant par un arrêt d'exercice de la profession.

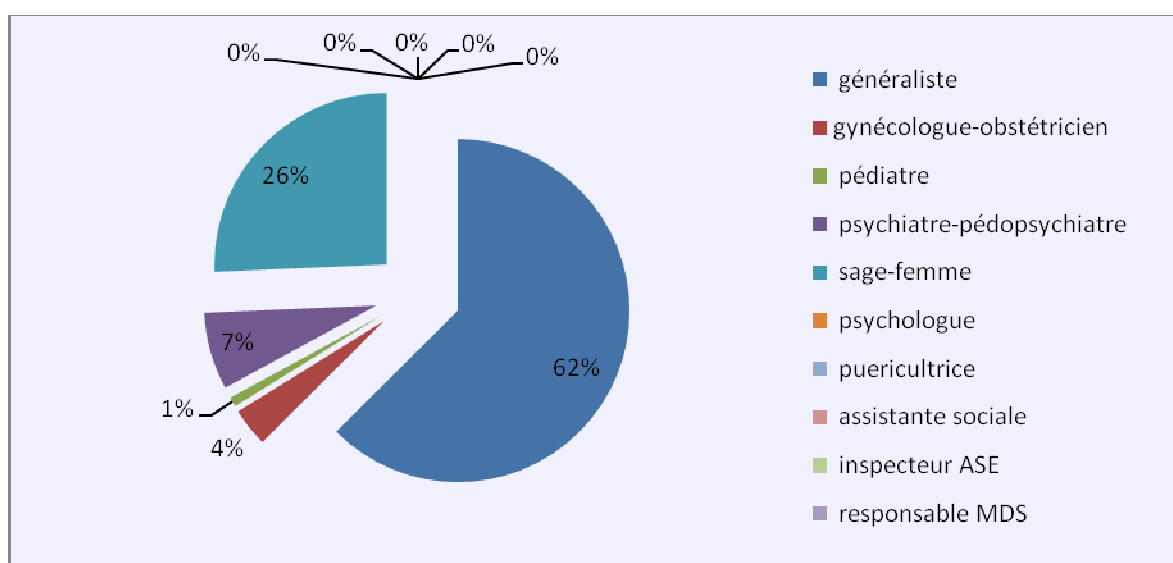


Figure 2 : Répartition des questionnaires réponses reçus en fonction de la profession.

■ Contribution à l'enquête en fonction profession exercée

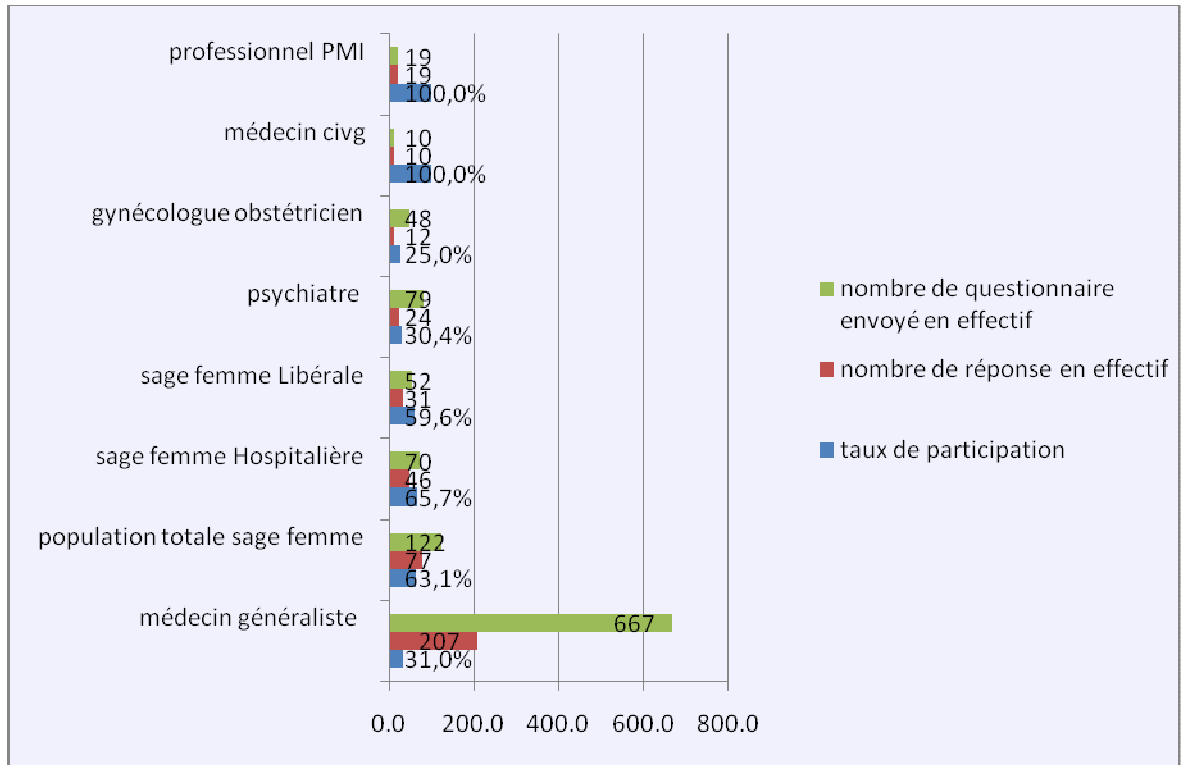


Figure 3 : Taux de participation à l'enquête de chaque catégorie professionnelle.

■ Lieu d'exercice de la population interrogée

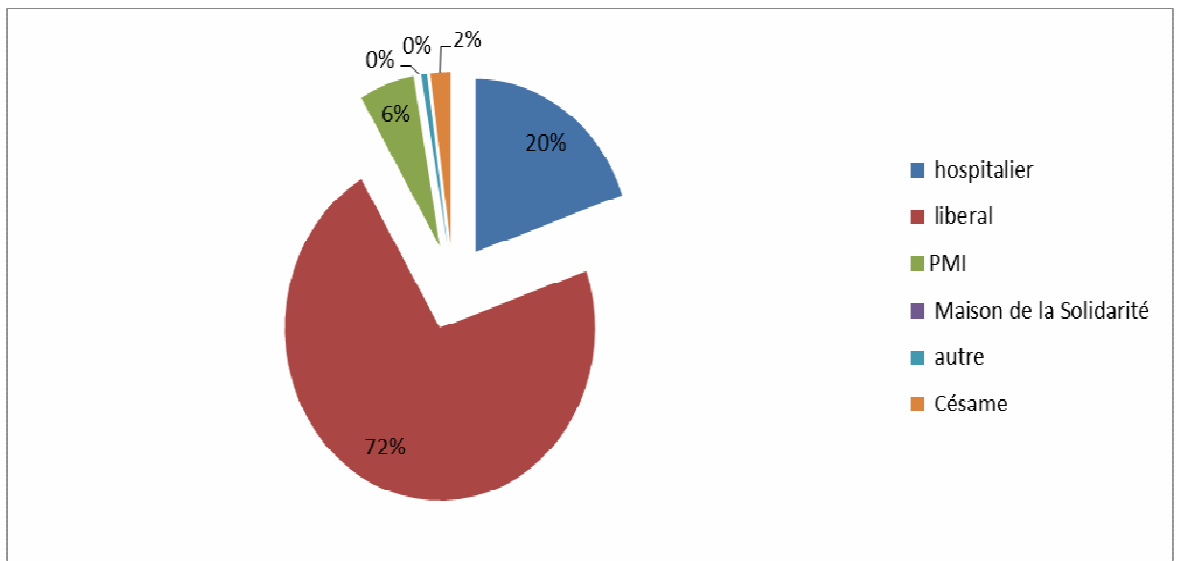


Figure 4 : Répartition des questionnaires réponses en fonction du lieu d'exercice

Parmi les professionnels ayant répondu à l'enquête 6,9 % exercent une activité complémentaire dans un second lieu d'exercice (CMPP, SUMMPS, CPF...).

■ Type de population prise en charge par les professionnels interrogés

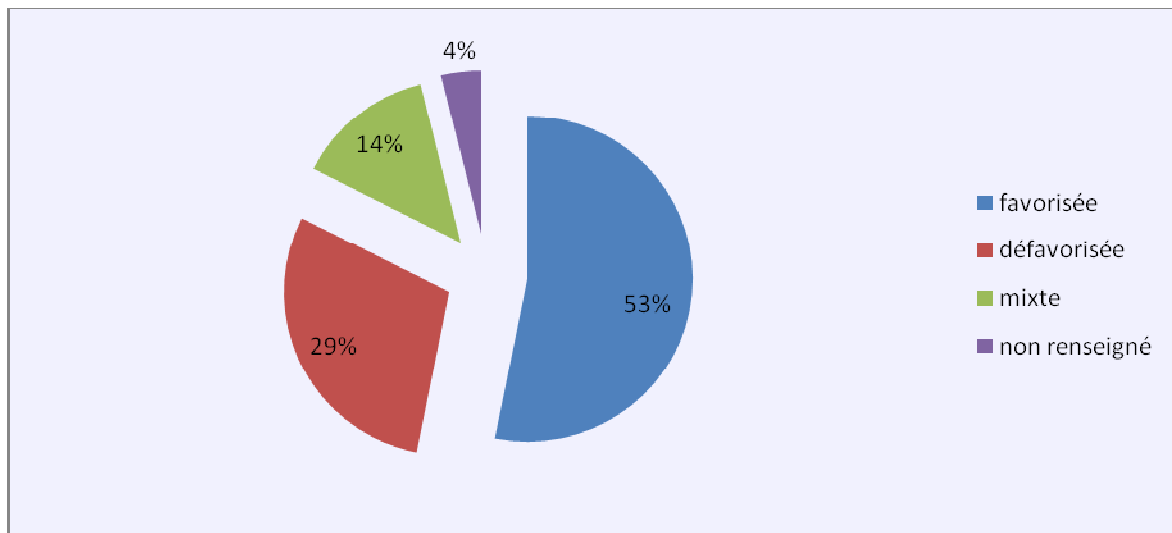


Figure 5 : Répartition de la population prise en charge, toutes professions confondues, en fonction de critères socio-économiques

■ Type de population prise en charge en fonction de la profession exercée

✓ médecins généralistes

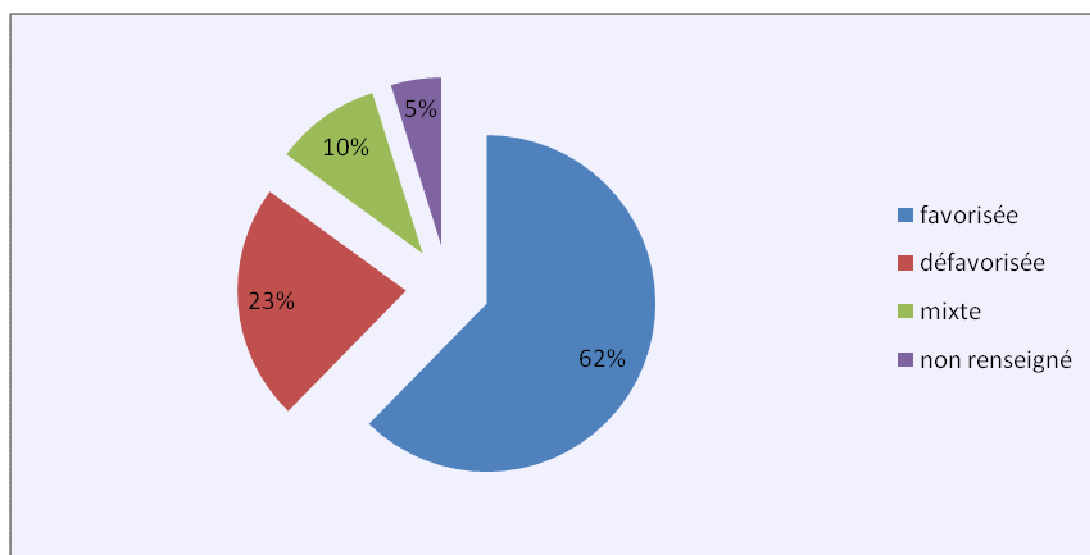


Figure 6 : Répartition de la population prise en charge par les médecins généralistes en fonction de critères socioéconomiques

✓ Sages-femmes

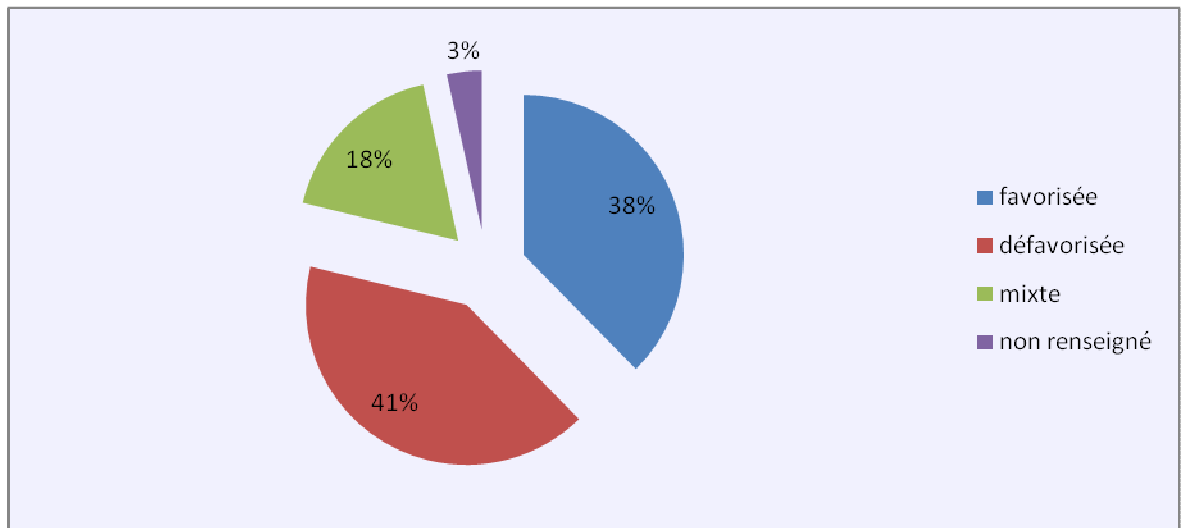


Figure 7 : Répartition de la population prise en charge par les Sages-femmes en fonction de critères socioéconomiques

✓ Gynécologues Obstétriciens

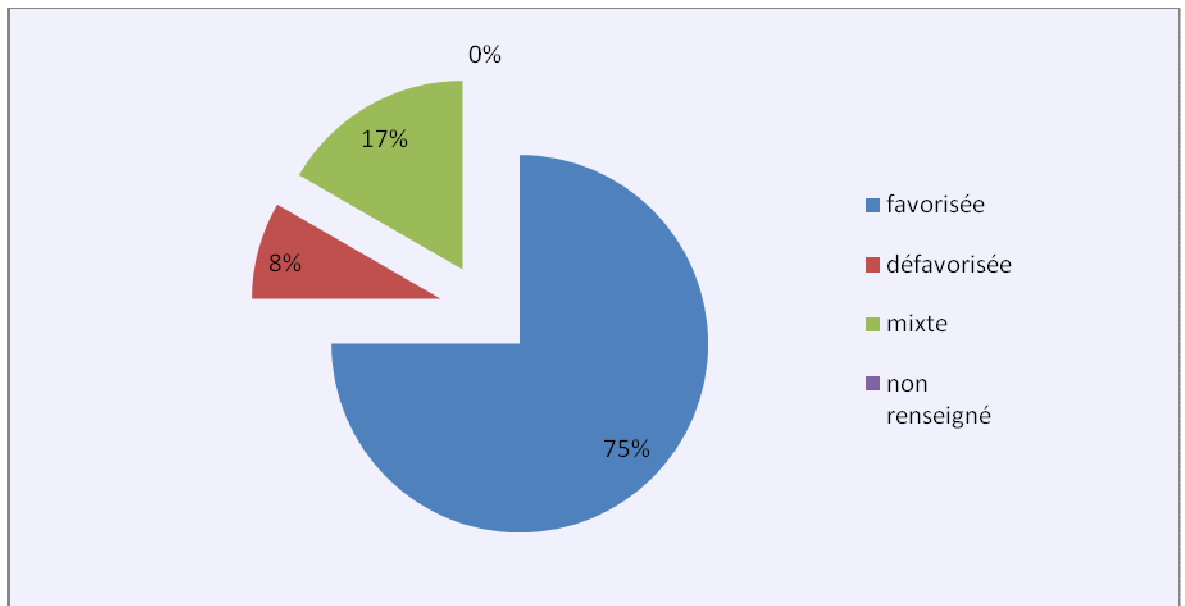


Figure 8 : Répartition de la population prise en charge par les Gynécologues Obstétriciens en fonction de critères socioéconomiques

✓ Psychiatres

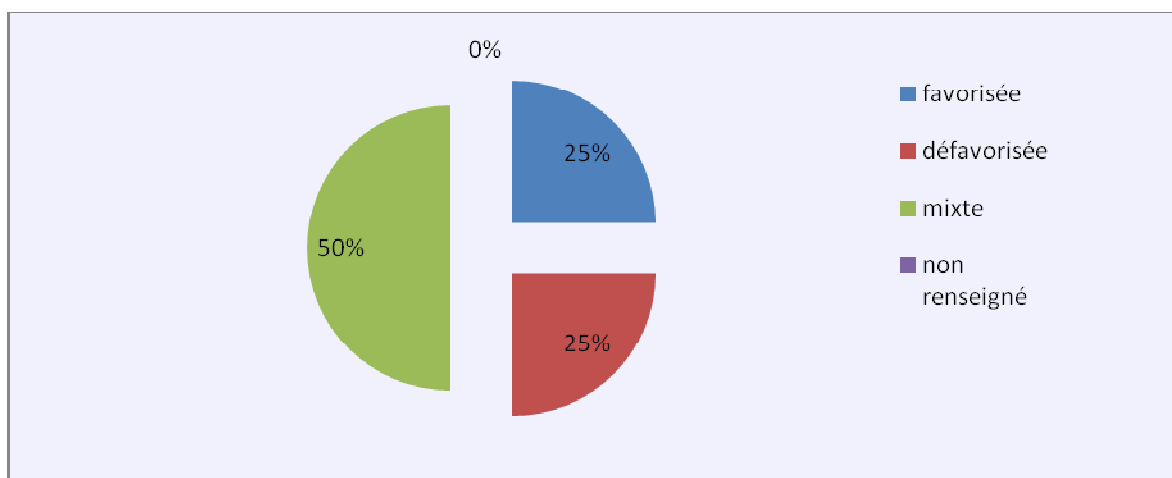


Figure 9 : Répartition de la population prise en charge par les Psychiatres en fonction de critères socioéconomiques

2) Conséquence de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse et l'enfant à naitre :

Les professionnels reconnaissent un impact de la précarité et de la vulnérabilité dans 97,8% des cas.

■ Quelles conséquences de la précarité et de la vulnérabilité

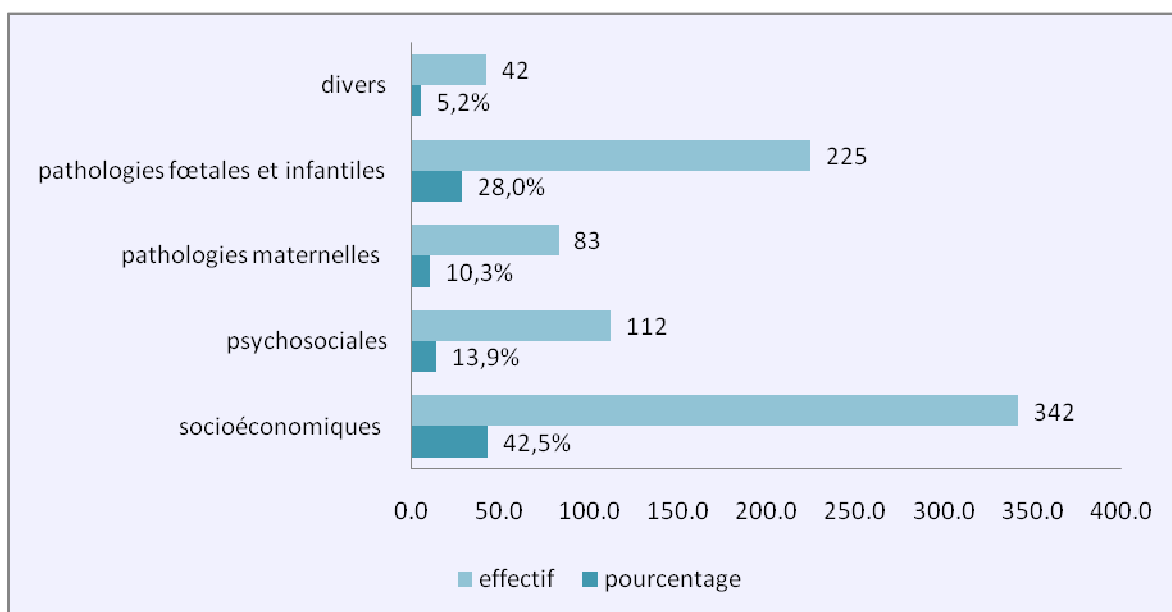


Figure 10 : Représentation des conséquences de la précarité et de la vulnérabilité

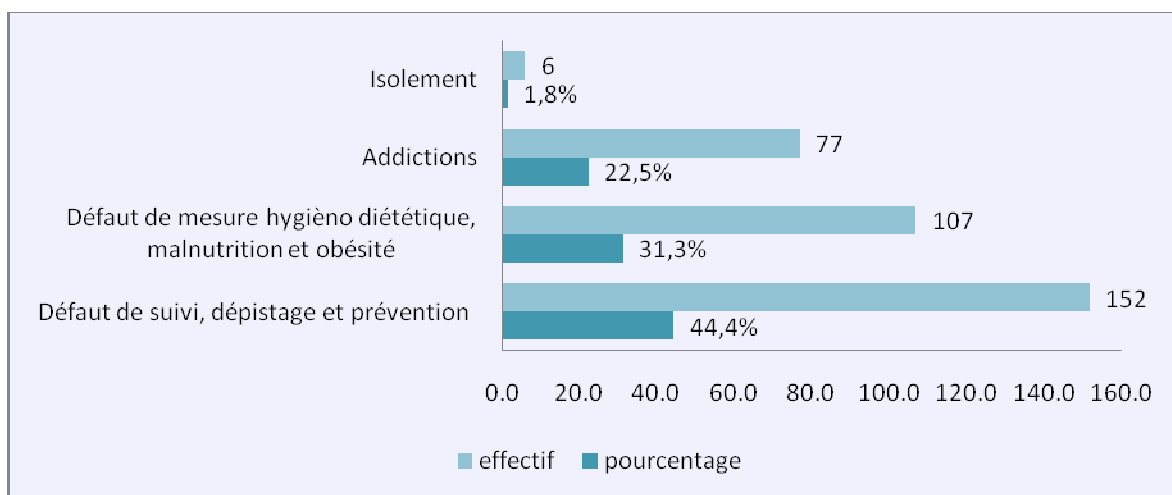


Figure 11 : Représentation détaillée des conséquences socioéconomiques citées par les professionnels

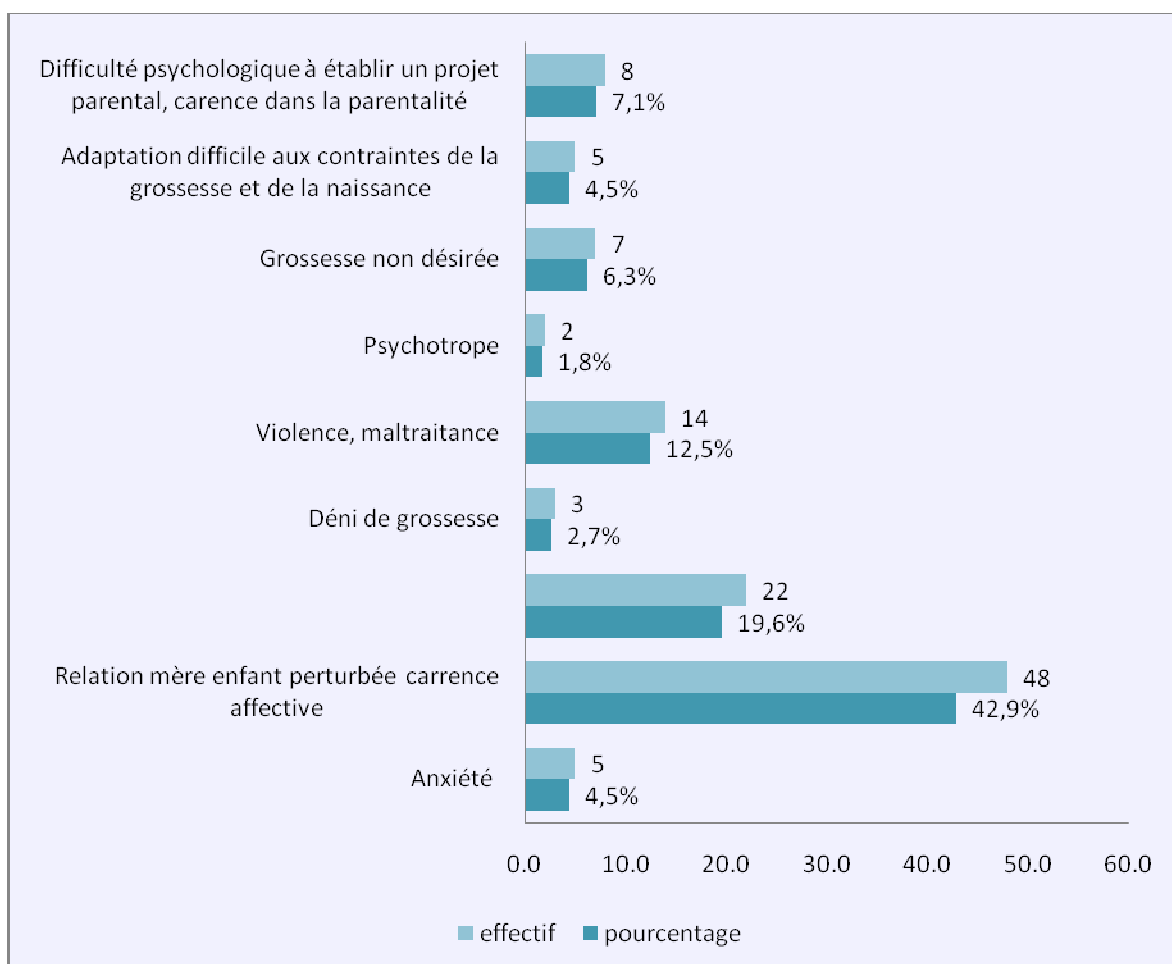


Figure 12 : Représentation détaillée des conséquences psychiques citées par les professionnels

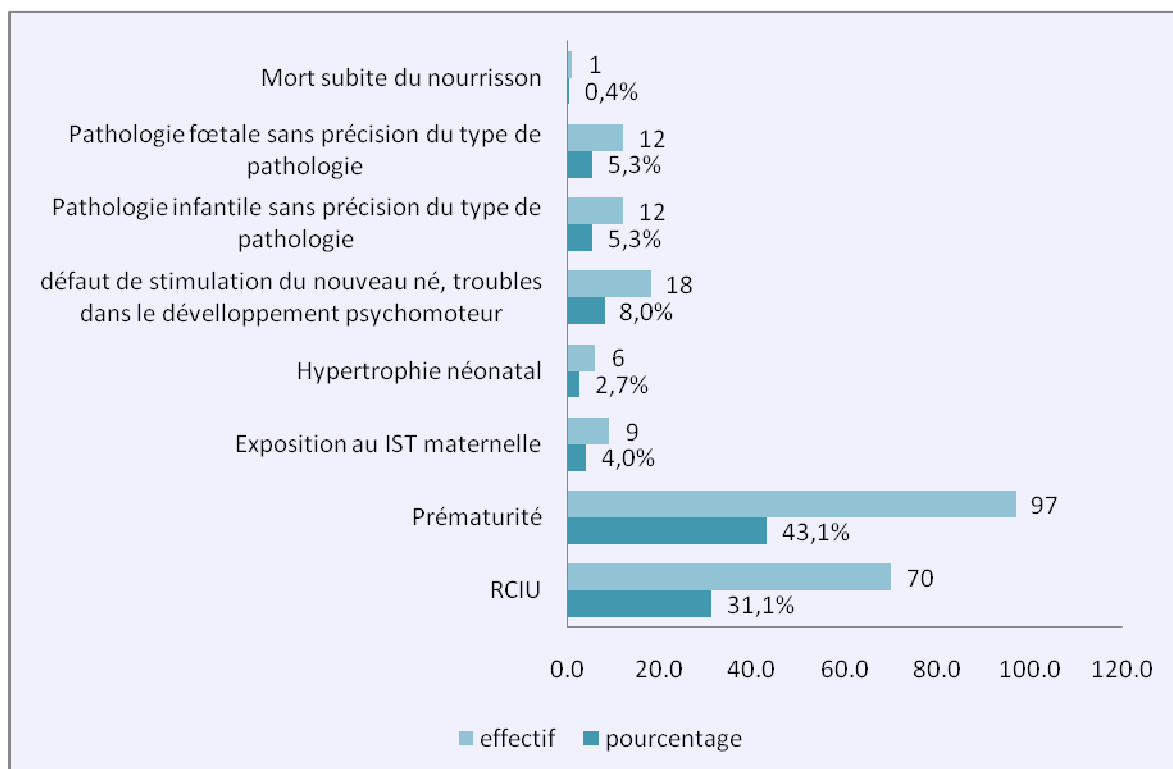


Figure 13 : Représentation détaillée des conséquences néonatales et infantiles citées par les professionnels

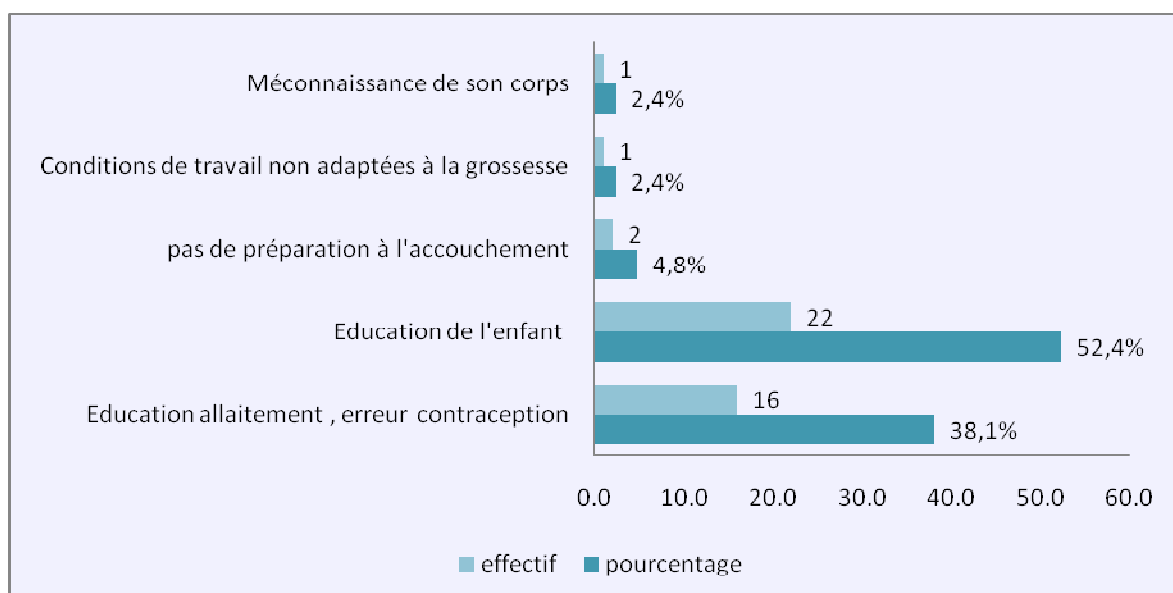


Figure 14 : Représentation détaillée des conséquences « diverses » citées par les professionnels

3) Acquisition des connaissances sur les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse et l'enfant à naître

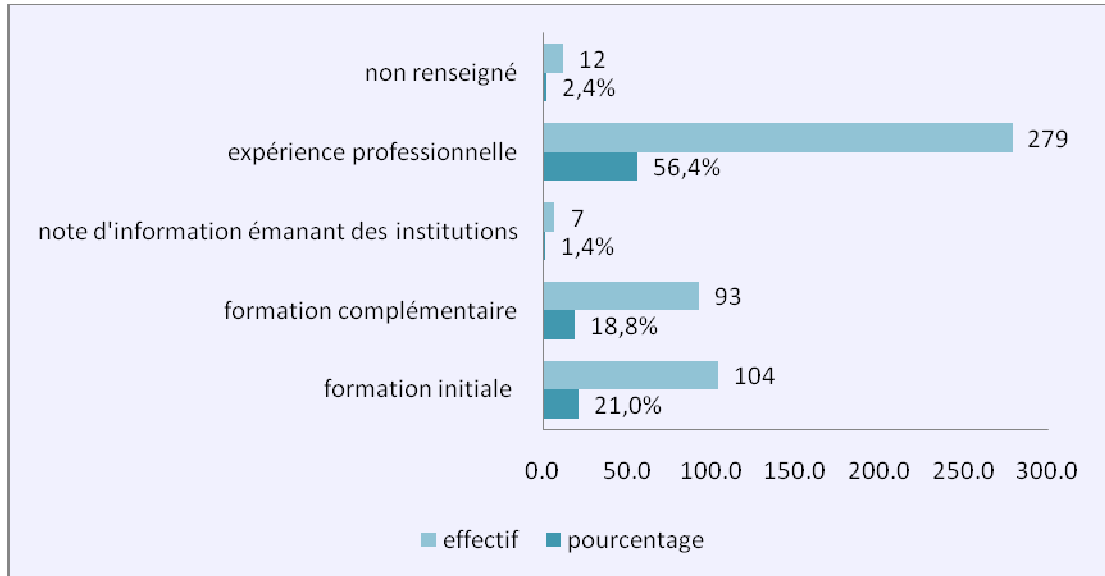


Figure 15 : Représentation des voies d'acquisition des connaissances des conséquences de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse citées par les professionnels interrogés.

4) Analyse de la connaissance de l'UMPSP par les professionnels

■ Connaissance de l'UMPSP

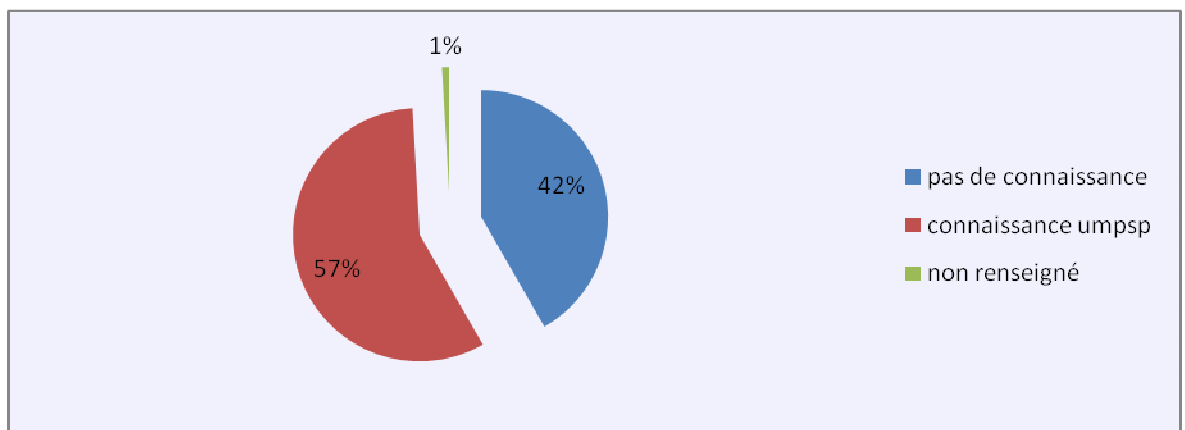


Figure 16 : Répartition de la population sondée en fonction de leur connaissance de l'UMPSP

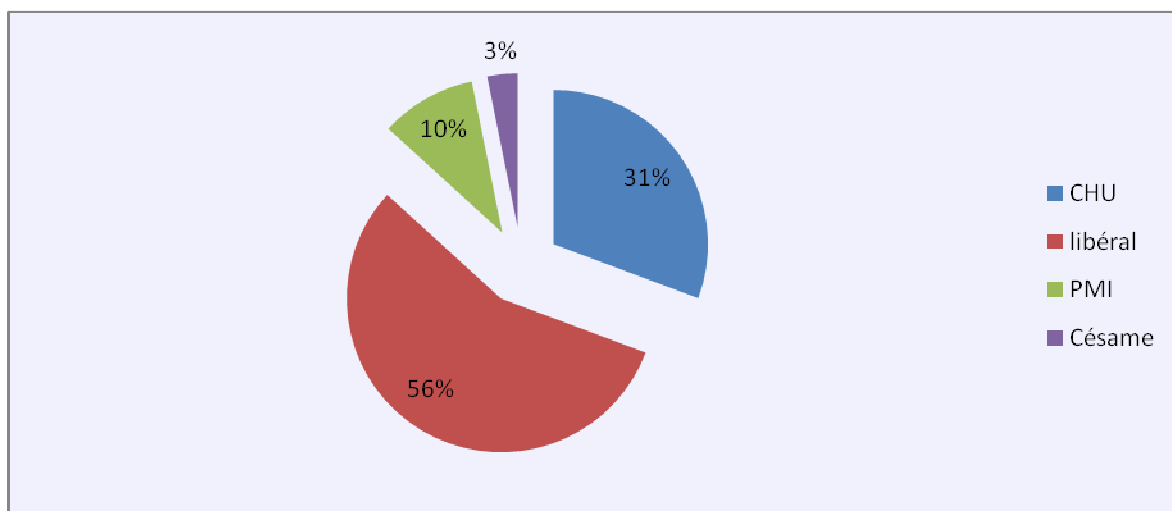


Figure 17 : Représentation de la population connaissant l'UMPSP en fonction du mode d'exercice

■ Modalité connaissance de l'UMPSP

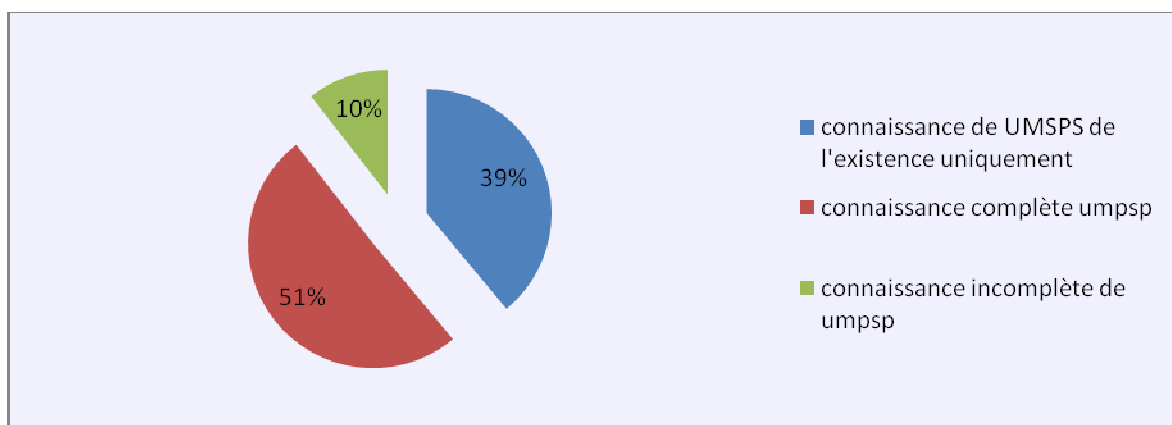


Figure 18 : Répartition de la population connaissant l'UMPSP en fonction de 3 critères: de nom, de manière incomplète ou complètement

■ Connaissance numéro de téléphone de la sage-femme de liaison

Parmi les personnes interrogées seules 79 connaissent le numéro de la sage-femme de liaison ou savent où le rechercher, soit 23% de la population interrogée.

5) Existence de situation complexe dans la pratique professionnelle

Parmi les 331 questionnaires exploités près de 206, soit 62,2%, relèvent l'existence de situations complexes les interrogeant sur la possibilité d'une prise en charge UMPSP

6) Orientation vers l'UMPSP

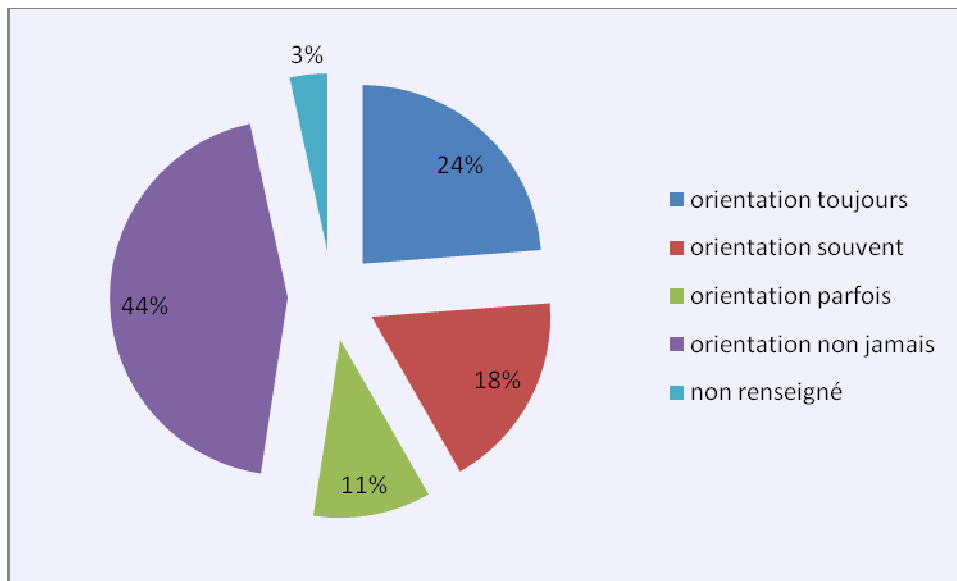


Figure 19 : Répartition des professionnels interrogés en fonction de la fréquence de leur orientation

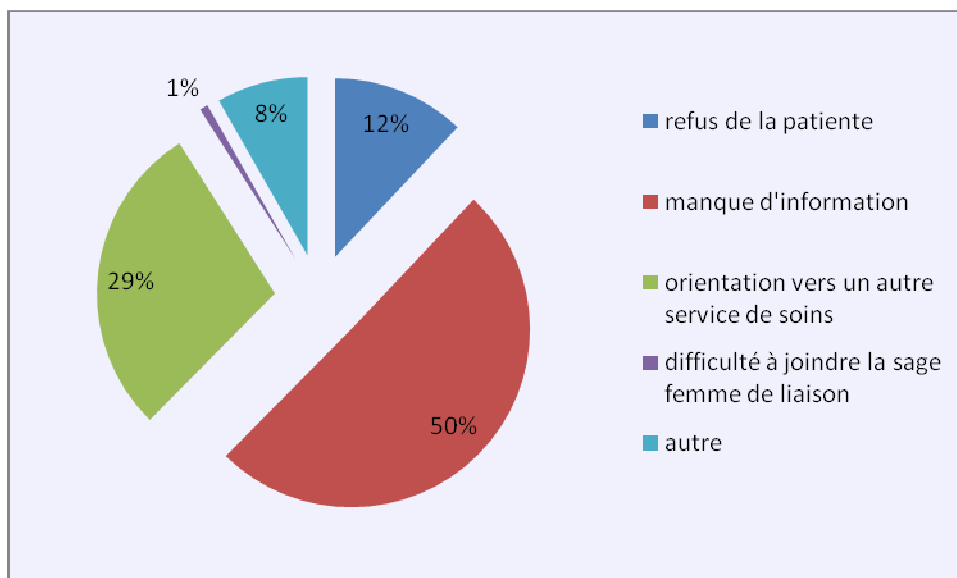


Figure 20 : Répartition des causes de « non orientation » vers l'UMPSP

7) Difficultés rencontrées par les professionnels lors de la prise en charge

A cette question ouverte près de 59,1% des professionnels ont répondu soit taux abstention de 38,9%.

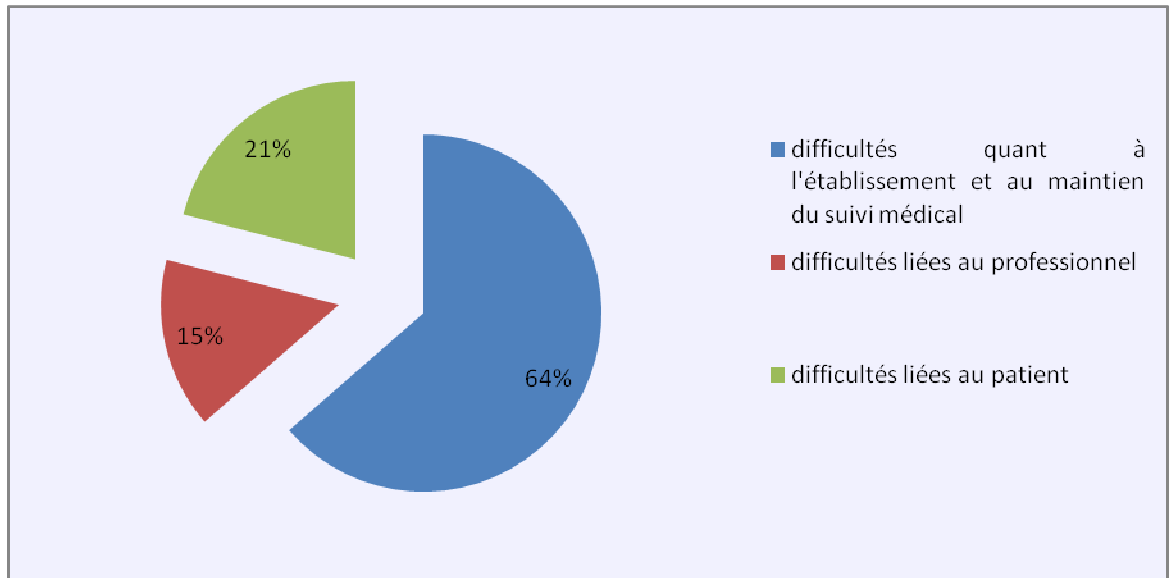


Figure 21 : Répartition des réponses en fonction du type de difficultés déclarées par les professionnels

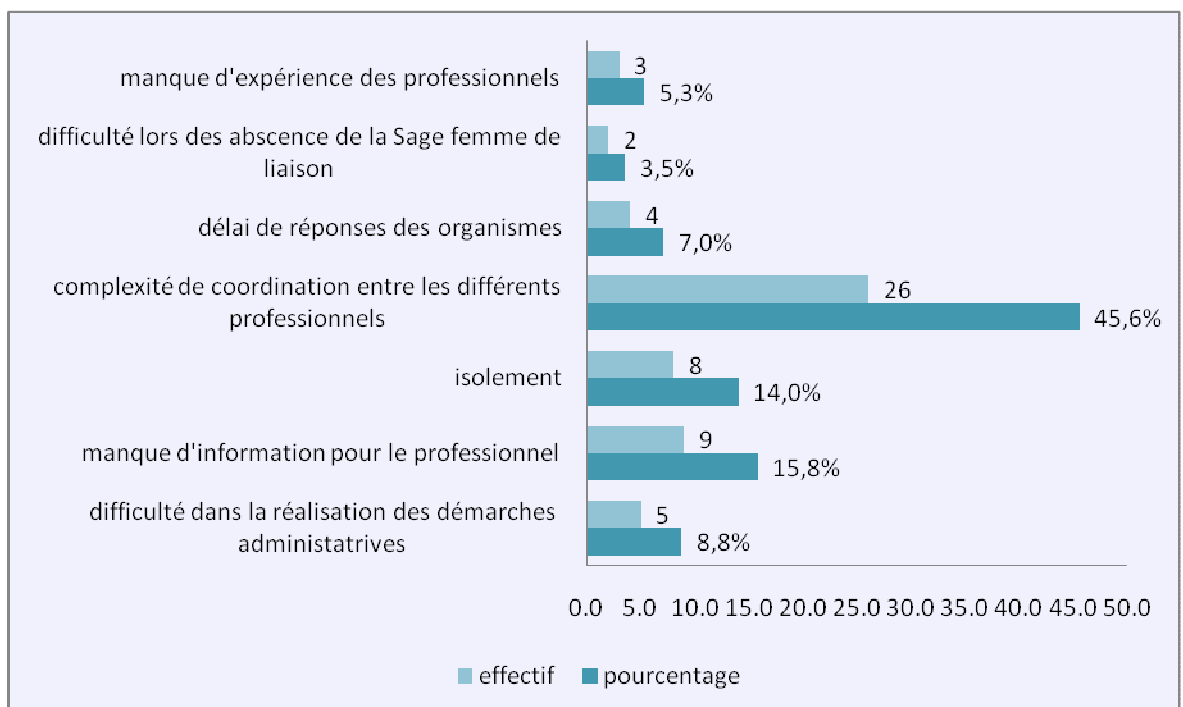


Figure 22 : Représentation des difficultés rencontrées par les professionnels liées à leur exercice.

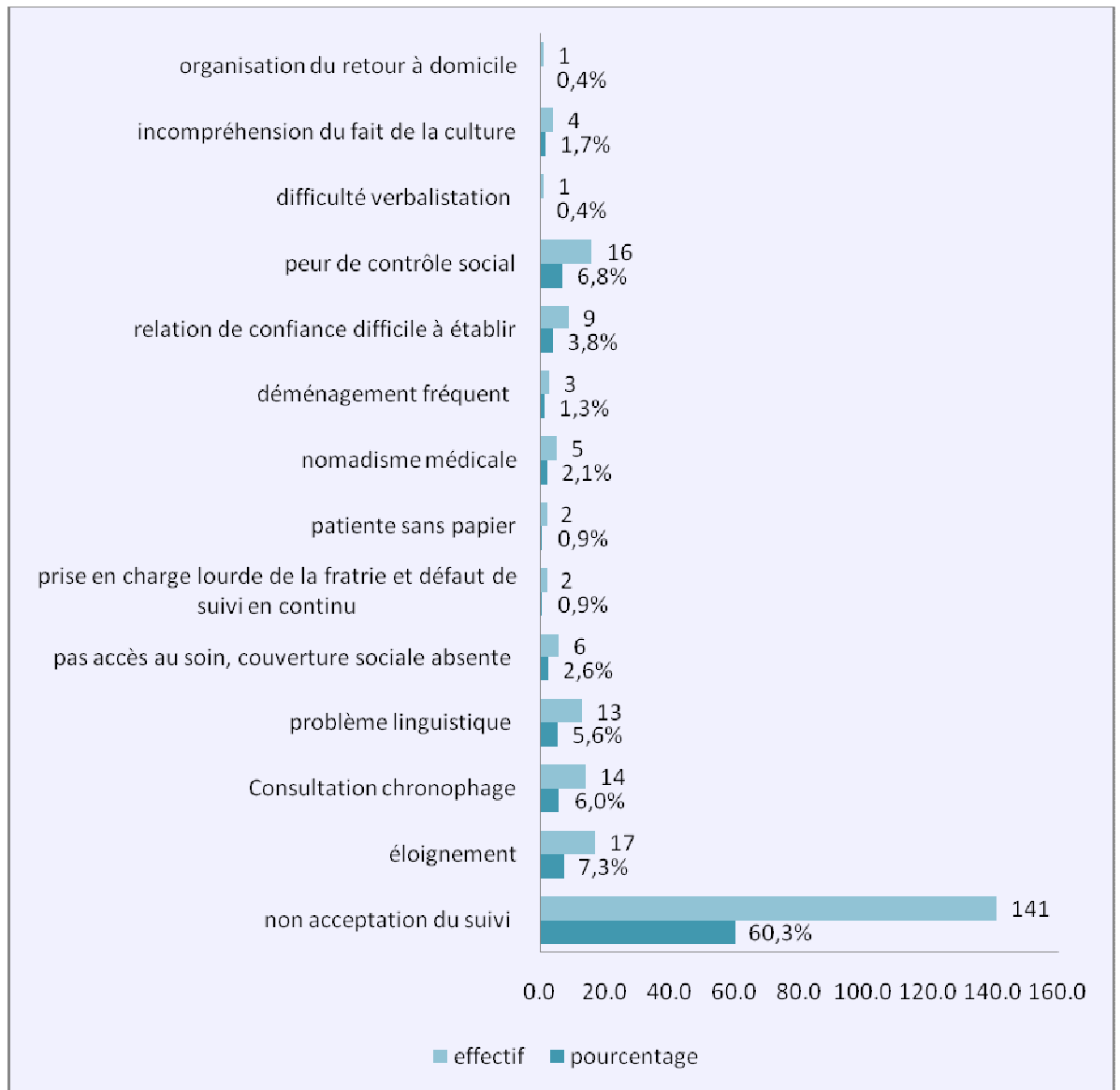


Figure 23 : Représentation des difficultés rencontrées par les professionnels quant au maintien du suivi

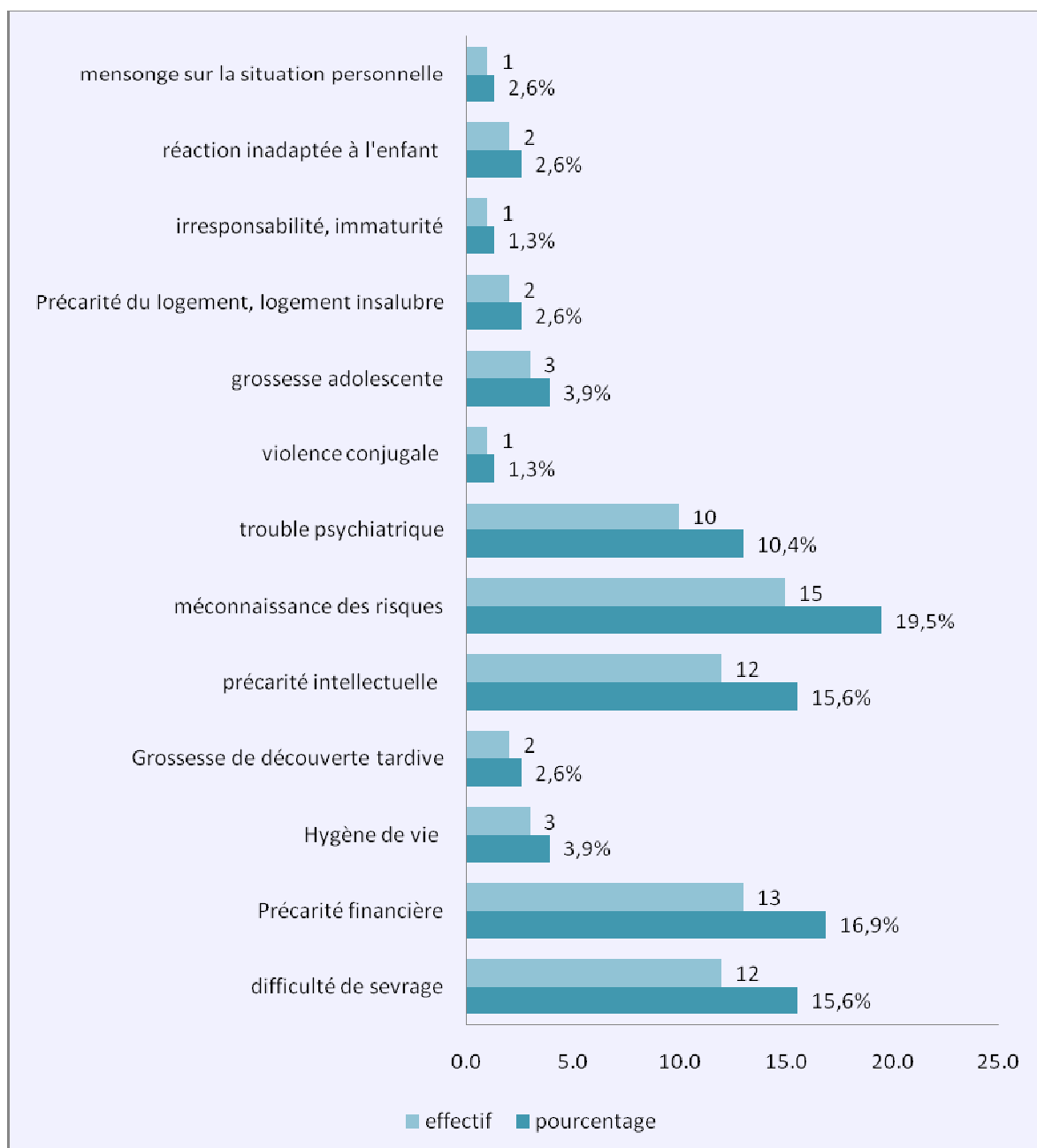


Figure 24 : Représentation des difficultés rencontrées par les professionnels induites par la patientèle.

8) Evaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire

■ Amélioration du Suivi pré natal

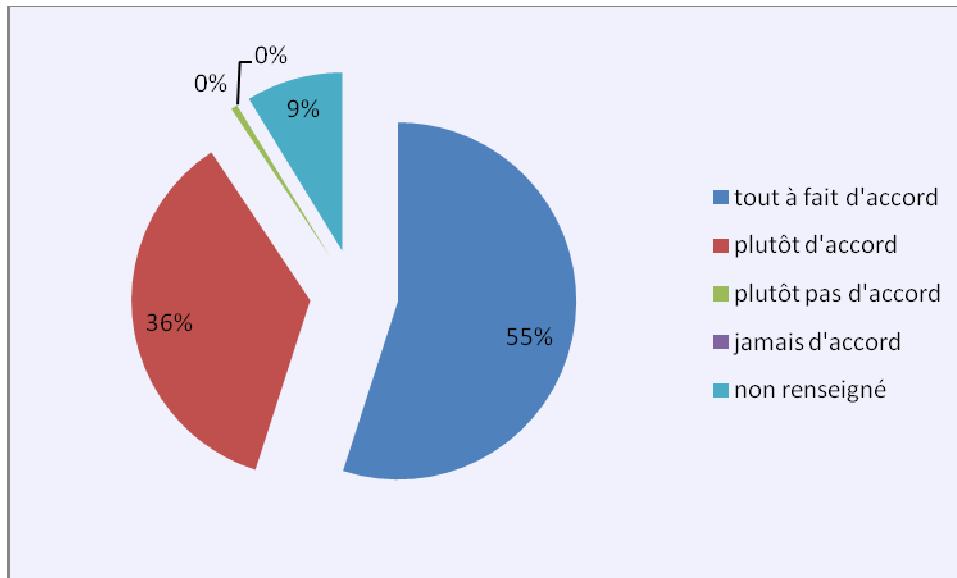


Figure 25 : Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur l'amélioration du suivi pré natal

■ Amélioration du suivi post natal

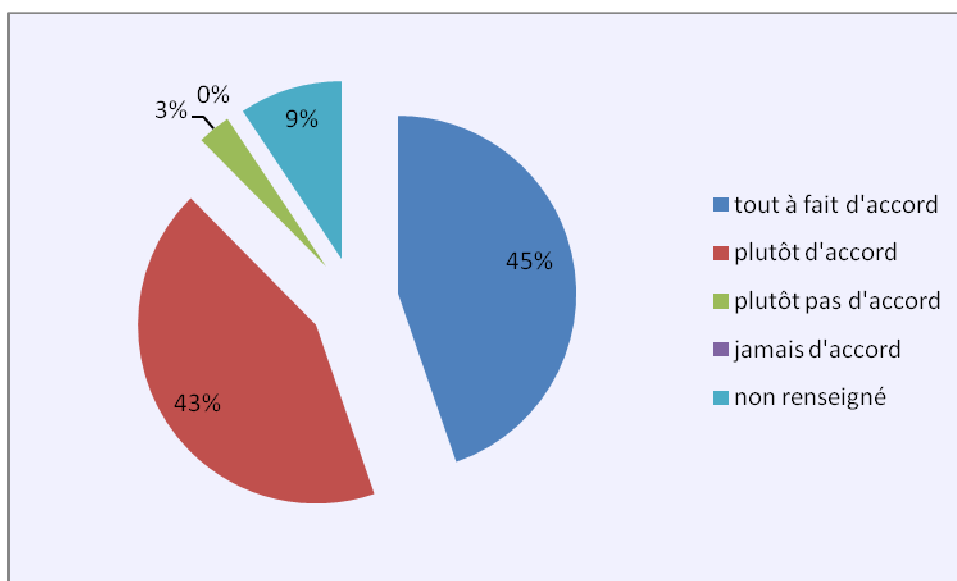


Figure 26 : Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur l'amélioration du suivi post natal

■ Amélioration de la qualité de soin

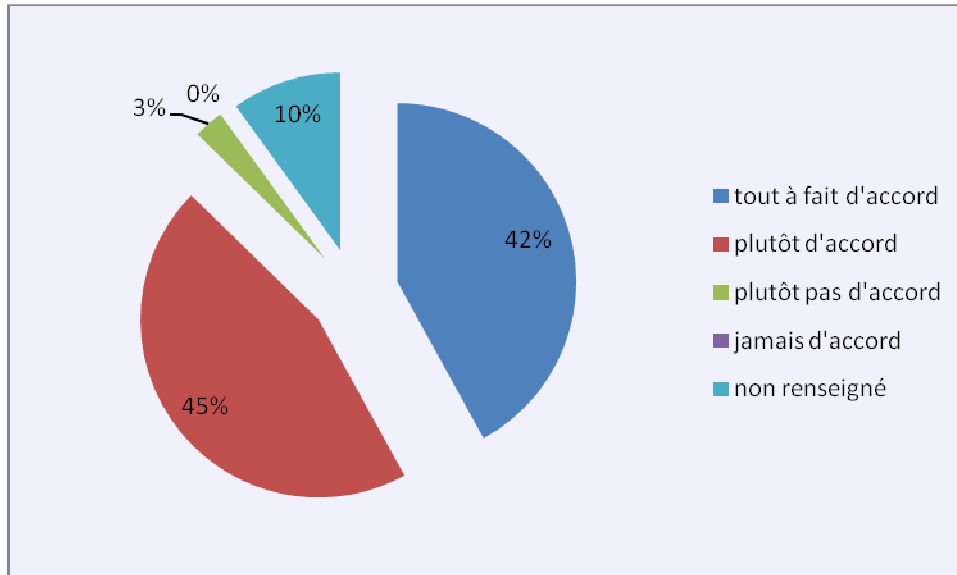


Figure 27 : Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur la qualité des soins

■ Amélioration du suivi psychosocial

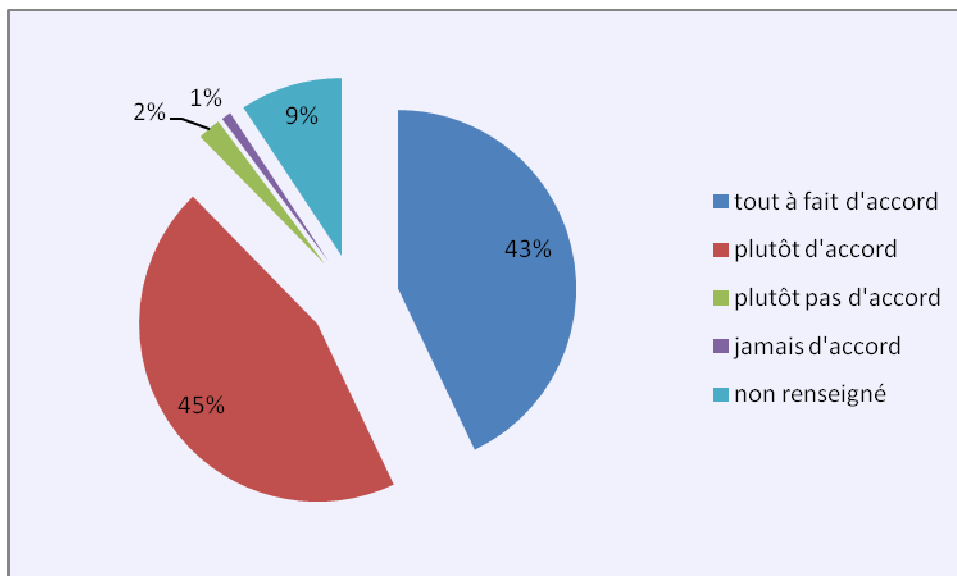


Figure 28: Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur le suivi psychosocial.

■ Amélioration de la relation de confiance

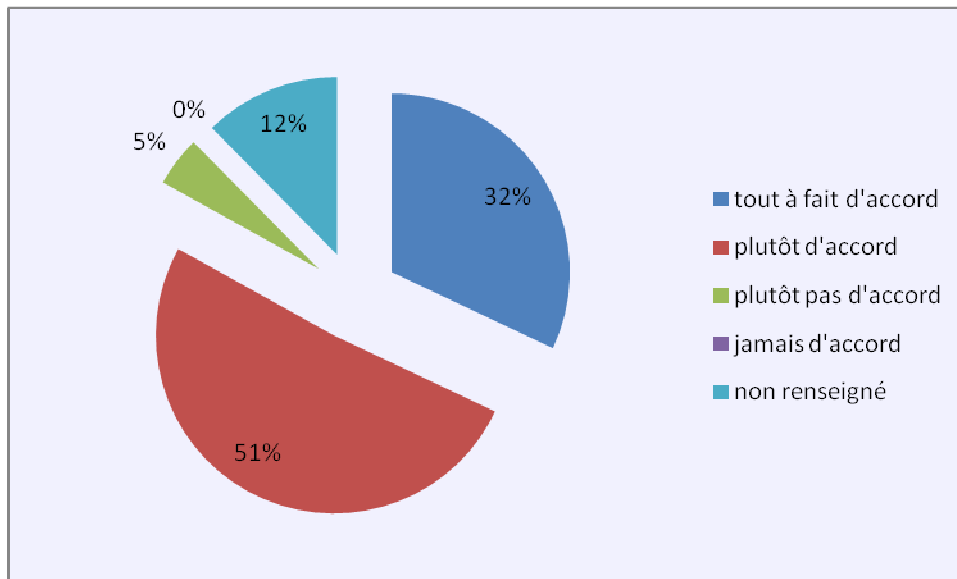


Figure 29: Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur la relation de confiance

■ Diminution de la fréquence des pathologies gravidiques

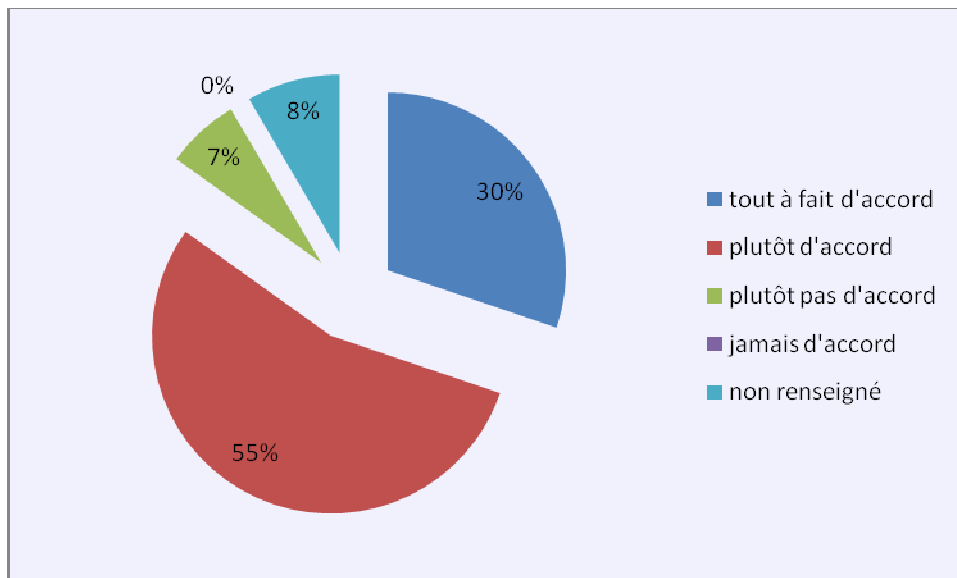


Figure 30 : Représentation des réponses apportées relatives à l'évaluation subjective de l'apport de la prise en charge multidisciplinaire sur la diminution de la fréquence des pathologies gravidiques

9) Evaluation subjective du suivi proposé par l'UMPSP

Parmi les 331 questionnaires exploitables 105, soit 31.7%, ont répondu aux questions correspondant au suivi proposé par l'UMPSP

■ Existence de compte rendu régulier

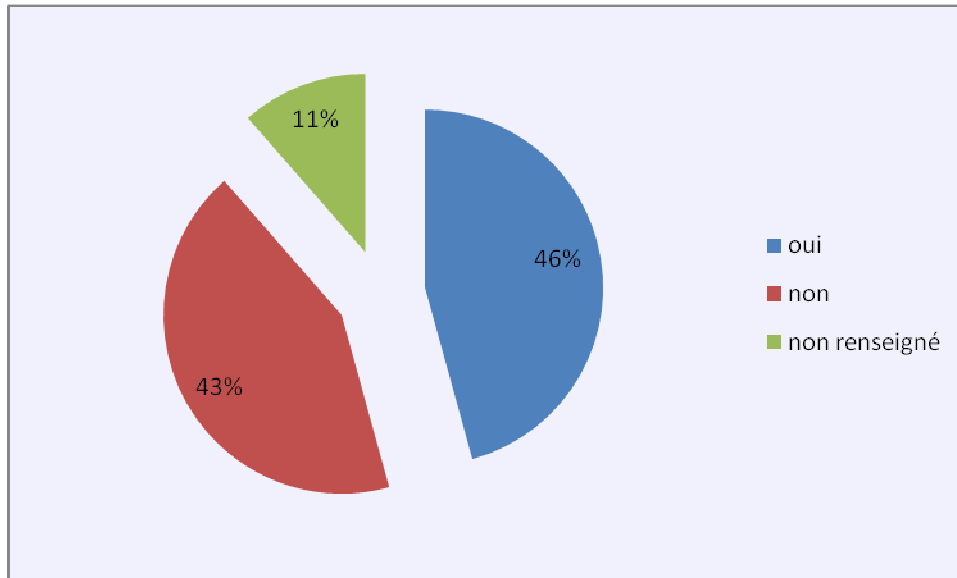


Figure 31 : Répartition des réponses apportées relatives à l'évaluation du suivi proposé par l'UMPSP concernant l'existence de compte rendu de la prise en charge.

■ Implication dans le suivi UMPSP

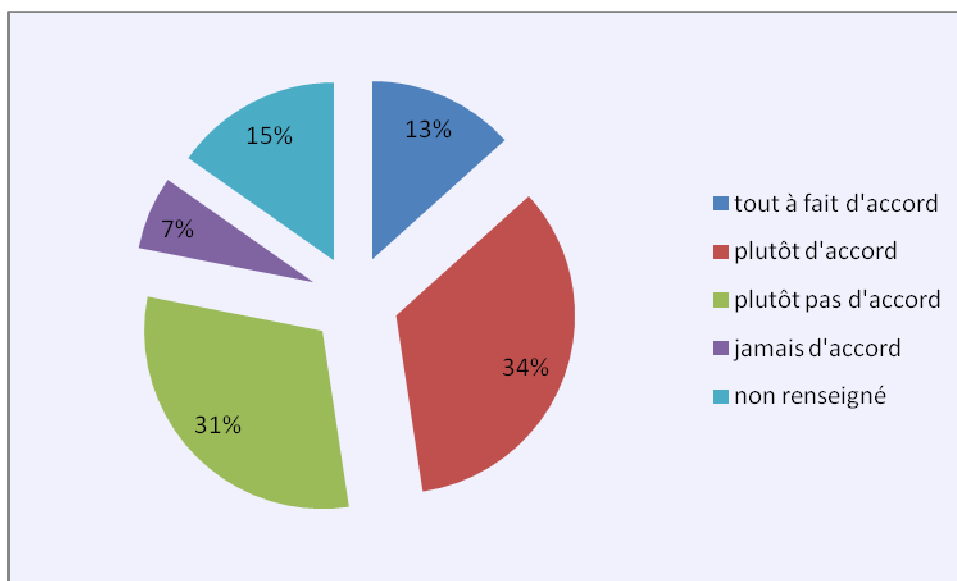


Figure 32 : Répartition des réponses apportées relatives à l'évaluation du suivi proposé par l'UMPSP concernant l'implication dans le suivi.

■ Prise en charge explicite

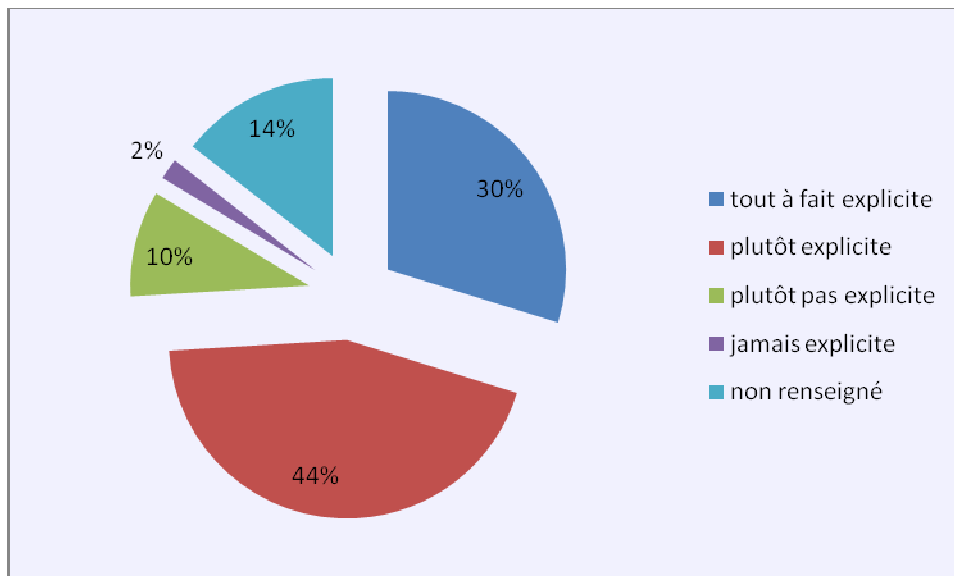


Figure 33 : Répartition des réponses apportées relatives à l'évaluation du suivi proposé par l'UMPSP concernant le caractère explicite de la prise en charge.

■ Prise en charge faisant défaut

18 questionnaires font mention d'un défaut d'explication quant à la conduite à tenir et de la prise en charge à adopter, cela représente 17% des réponses apportées.

Ces éléments font défaut principalement lors de la période anténatal, per partum et dans les suites de couche immédiates représentant respectivement 40,9%, 36,4% et 22,7% des réponses. Les défauts de conduite à tenir sont définis par les professionnels comme l'absence de conduite à tenir notifiée dans 58,3% des réponses, une conduite à tenir non spécifique ou imprécise dans 16,7% et la difficulté de joindre les professionnels dans 25% des réponses données.

On note que le taux de questionnaires retournés non renseignés pour cette question est élevé et représente 23% des réponses. Selon cette enquête dans 60% des dossiers la CAT et la prise en charge à mettre en place est présente dans le dossier.

■ Information concernant la femme et l'enfant

On note que 57,1% des professionnels ayant participé à une prise en charge UMPSP ou ayant orientés une patiente ont bénéficié d'information sur le devenir de la diade mère enfant. Tandis que 29,5% déclarent ne pas avoir reçu d'information suffisante sur le devenir de la mère et de l'enfant

10) Satisfaction des professionnels l'UMPSP

■ Son action

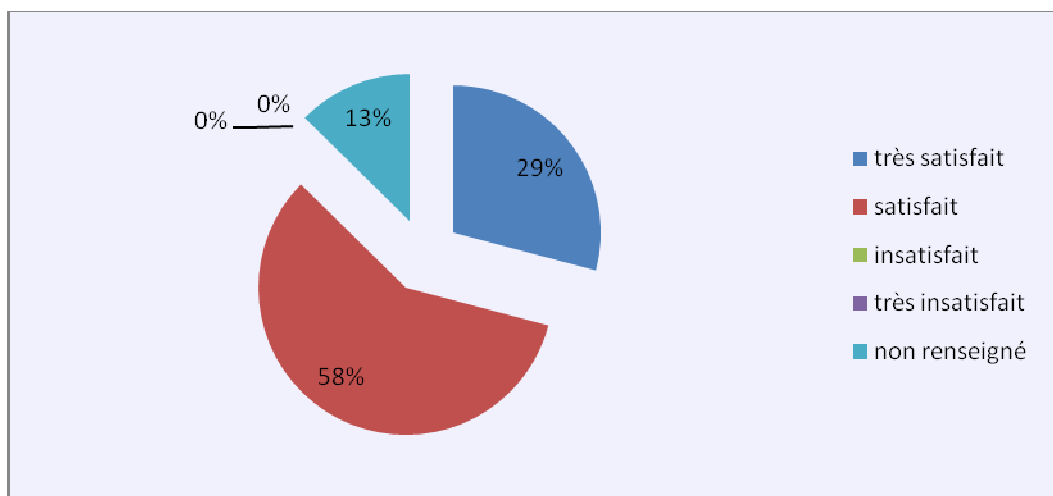


Figure 34 : Représentation de la satisfaction des professionnels quant à l'action de l'UMPSP

■ Les prises en charge mises en place

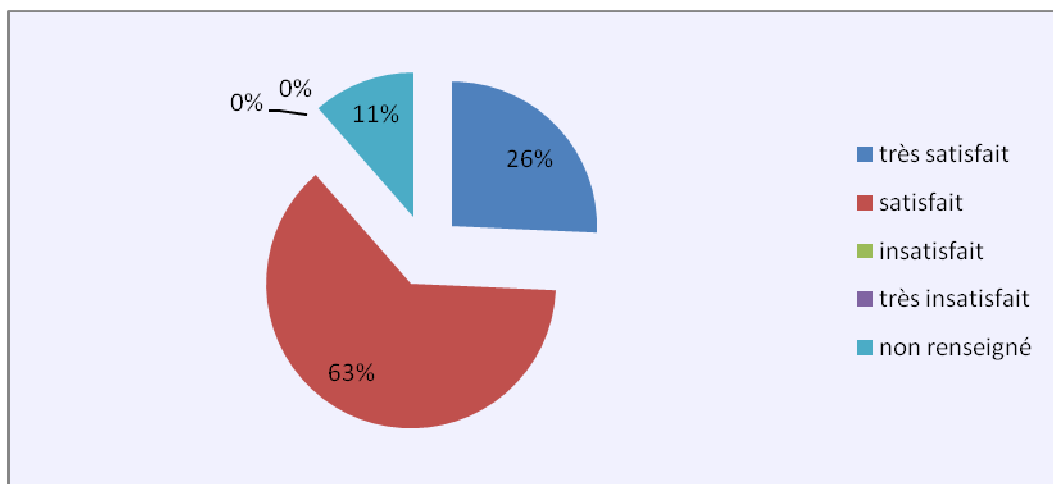


Figure 35: Représentation de la satisfaction des professionnels interrogés quant aux prises en charge mises en place.

■ Les échanges et la collaboration avec l'UMPSP

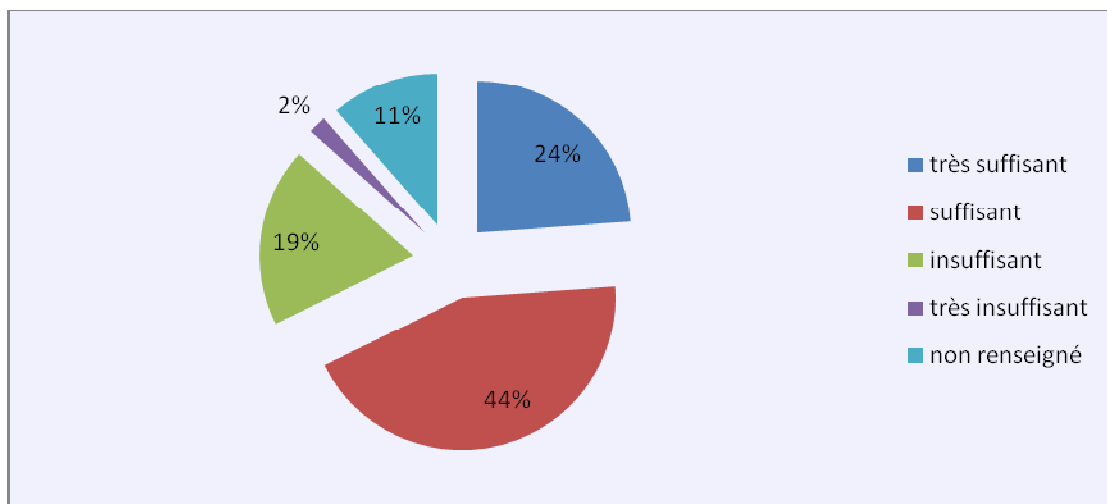


Figure 36 : Représentation de la satisfaction des professionnels interrogés quant aux échanges et à la collaboration avec l'UMPSP

11) Souhait d'informations complémentaires relatives à l'UMPSP

Parmi les questionnaires recueillis, près de 70,4% des professionnels interrogés souhaitent des informations complémentaires quant à l'UMPSP.

12) Supports de communication privilégiés

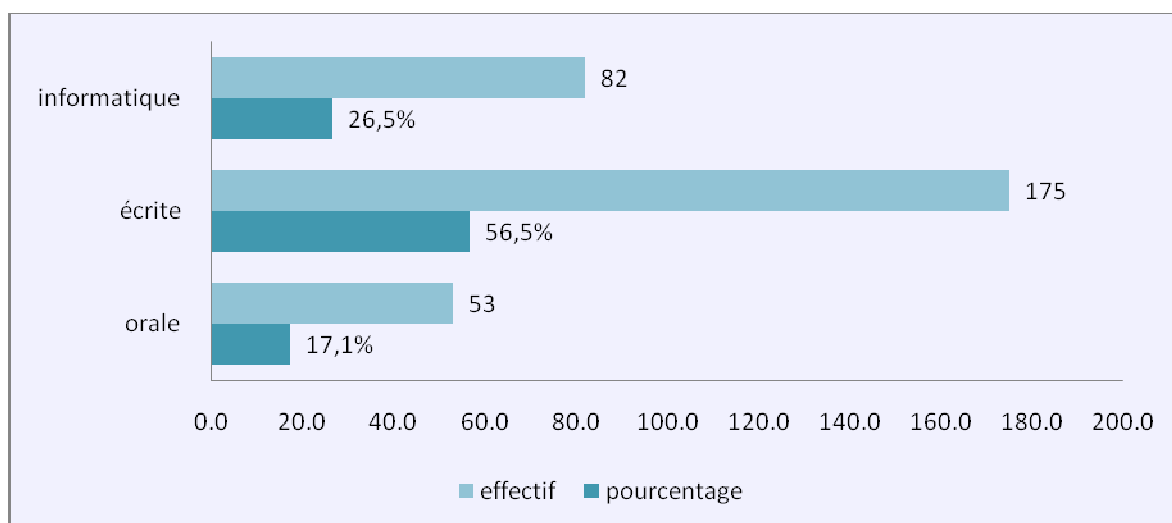


Figure 37 : Représentation des choix des professionnels quant aux supports à privilégier pour fournir une information complémentaire

13) Suggestions émises

Parmi les professionnels ayant répondu près de 16,9% ont émis des suggestions quant au devenir de l'UMPSP, son action et la communication avec les professionnels de la santé.

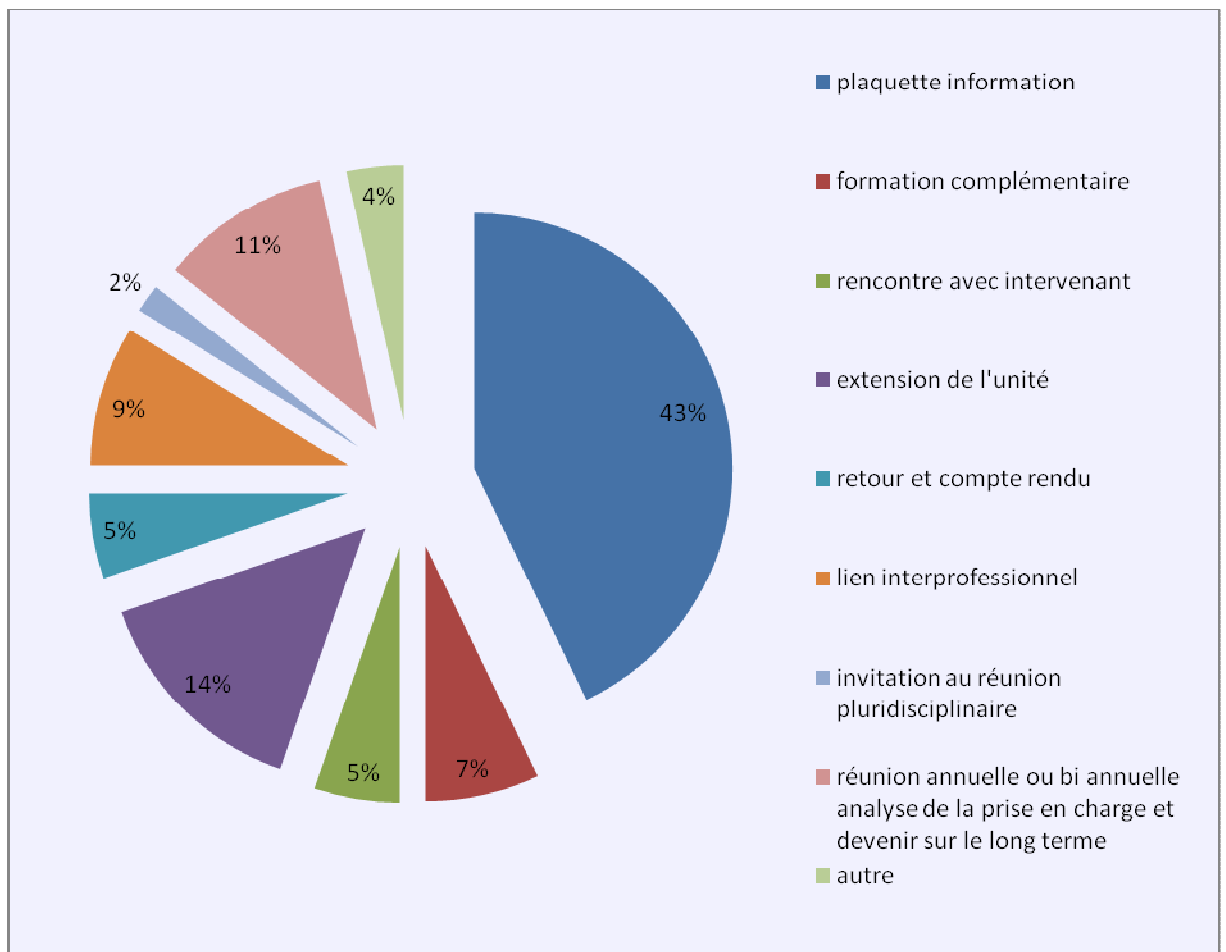


Figure 38: Représentation détaillée des suggestions émises par les professionnels

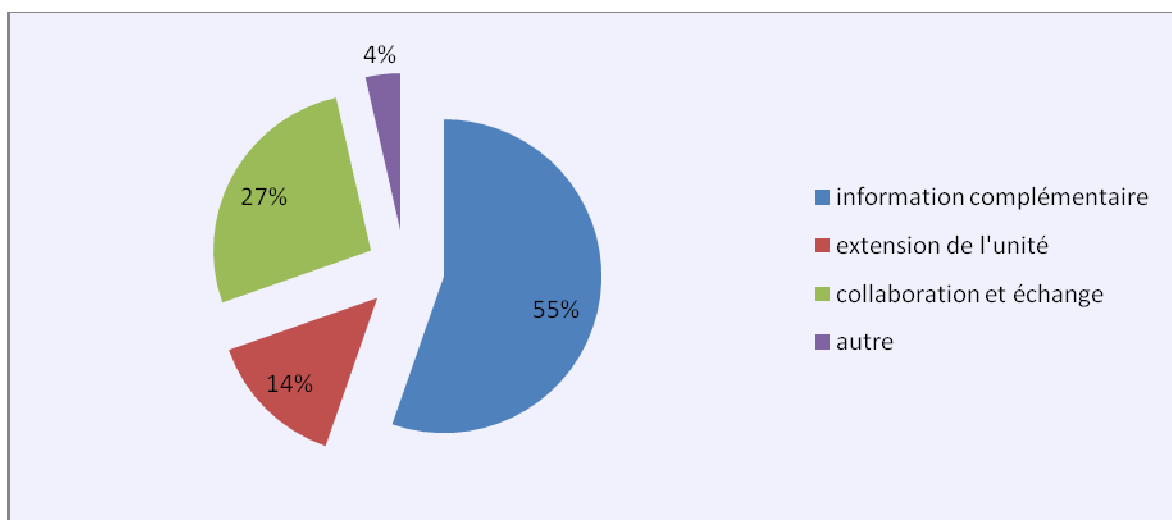


Figure 39 : Représentation des suggestions émises regroupées par thématique

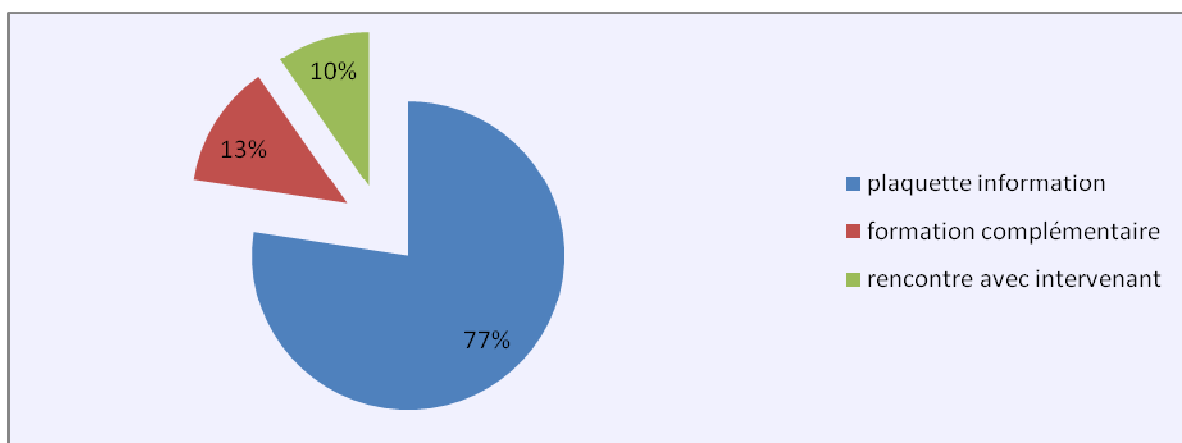


Figure 40: Répartition détaillée des suggestions concernant le souhait d'information complémentaire

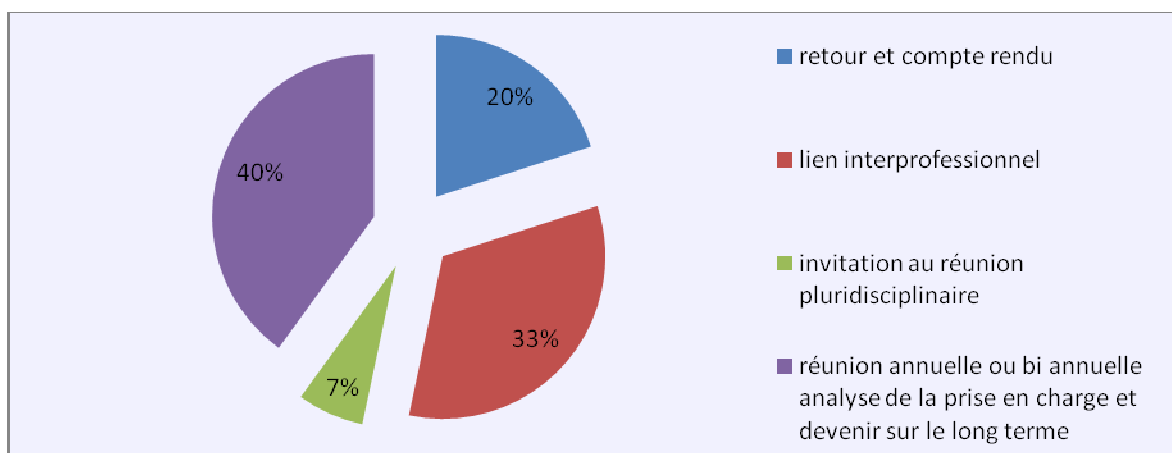


Figure 41: Répartition détaillée des suggestions en rapport avec le développement de la collaboration et de l'échange

3^{ème} partie : Discussion

4. Troisième partie : Discussion

1. Caractéristiques de l'enquête

1) Taux de participation

Le taux de participation à l'enquête est de 35,1%, avec un taux de réponse des sages-femmes de près de 63,1%.et de 100% en ce qui concerne le taux de réponse des professionnels du CIVG Flora Tristan et de la PMI.

Le fort taux de réponses des sages-femmes hospitalières comme libérales peut s'expliquer par une volonté de s'impliquer auprès de ces patientes en situation de grande vulnérabilité. Ainsi parmi les suggestions émises par les professionnels de santé plusieurs sages-femmes ont proposé l'élargissement du réseau de prise en charge avec une implication plus importante des sages-femmes libérales et le souhait qu'une information complémentaire relative à l'UMPSP soit effectuée.

Les taux de réponses des professionnels de PMI et du CIVG peuvent s'expliquer d'une part du fait de la remise en main propre de ces questionnaires et d'autre part du fait de la forte implication et sensibilisation de ces professionnels confrontés plus fréquemment aux populations en situation de particulière vulnérabilité.

2) Connaissance de l'UMPSP et Orientation vers l'UMPSP

Parmi les réponses recueillies 57% des professionnels déclarent connaître l'UMPSP, avec un état des connaissances allant de la connaissance de l'existence uniquement, à une connaissance complète de l'UMPSP : son action, ses rôles, la population prise en charge et les modalités de communication.

Compte tenu des réponses effectuées et recueillies on peut craindre une confusion entre la PASS, instituée au CHU d'Angers, et l'UMPSP. En effet du fait d'une population prise en charge et des actions présentant des similitudes, la distinction entre les deux unités est difficile. A la question n°7 du questionnaire nous avons évalué la connaissance de l'UMPSP par les professionnels. Le taux dit de « connaissance incomplète » de l'UMPSP caractérise une connaissance très partielle de l'unité. Il se définit par les professionnels ayant connaissance de la population prise en charge ou des modalités d'action menée par

l'UMPSP. Ainsi cette part des professionnels, incluse dans le taux de connaissance de l'UMPSP, peut entraîner une surestimation de la connaissance réelle de l'UMPSP par les professionnels. Il en va de même pour le taux de connaissance « exclusive » de l'existence de cette unité.

En considérant uniquement la connaissance complète de l'UMPSP le taux de connaissance de l'UMPSP s'abaisse à 30% de la population ayant répondu.

Lorsque l'on interroge les praticiens quant à l'orientation des patientes vers l'UMPSP, 44% disent ne jamais orienter les patientes vers cette unité.

On note que la cause principale de la « non orientation » est la méconnaissance de cette unité, elle représente 50% des causes de « non orientation ».

3) Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de patiente en situation de vulnérabilité et de précarité

Dans le questionnaire adressé aux professionnels nous avons recueillis les difficultés qu'ils éprouvent lorsqu'ils sont confrontés à des patientes en situation de vulnérabilité et de précarité. Ces difficultés peuvent être classées en trois catégories :

- Les difficultés liées à l'établissement et au maintien du suivi,
- Les difficultés liées aux professionnels,
- Les difficultés liées aux patientes,

Il est entendu que cette scission est fictive et que chacune de ces difficultés varient et se cumulent parfois en fonction de la situation médico-psycho-sociale.

Parmi les réponses données par les professionnels nous retrouvons avant tout la difficulté à établir un suivi, à le maintenir de façon pérenne. Ainsi cet élément représente près de 64% des difficultés perçues. Nous retrouvons entre autre comme cause d'un défaut de suivi principalement le refus de soins (63%), l'éloignement des professionnels de soins des populations à prendre en charge (7,3%), le nomadisme médical et les déménagements fréquents (3,4%). Lors de la prise en charge d'autres difficultés sont citées par les praticiens avec notamment la nécessité d'une relative flexibilité de travail nécessaire à ces

prises en charge ceci du fait des consultations chronophages (6%), d'un absentéisme fréquent.

Nous notons aussi des difficultés quant aux différences culturelles (1,7%) et linguistiques (5.6%) entraînant parfois de véritable pauvreté dans l'échange entre le praticien et la patiente.

La peur du contrôle social représente 6,8% des difficultés compliquant l'instauration du suivi. Elle est un autre facteur pouvant expliquer le défaut de suivi.

Nous retrouvons dans ces réponses l'ensemble des éléments explicatifs proposés par le Pr D Mathieu-Caputo [7] quant au défaut de suivi des patientes. Il peut s'expliquer par un retard dans la décision de recours aux soins, un repérage tardif des situations de vulnérabilité, un retard d'accès aux établissements de santé et des décrochages fréquents dans le suivi instauré.

Parmi les difficultés citées par les professionnels ressort principalement la difficulté de coordonner les différents partenaires médicaux et sociaux, à laquelle s'ajoutent le manque d'information et le manque d'expérience face à ces situations d'extrême vulnérabilité. L'existence d'un réseau de coordination interdisciplinaire rend possible l'échange et luttant ainsi contre isolement des professionnels [22].

4) Une évaluation des apports de la prise en charge multidisciplinaire

De l'évaluation par les professionnels des apports de la prise en charge multidisciplinaire ressort le sentiment d'une amélioration du suivi global de la grossesse. Celle-ci est principalement liée à une amélioration du suivi pré natal, post natal et psychosocial.

Seul un léger bémol est introduit, dans les réponses, correspondant à l'amélioration de la relation de confiance et à la diminution de la fréquence des pathologies. Les taux des professionnels « plutôt en désaccord » avec ses assertions représentent respectivement 5 et 7%. Ainsi les professionnels ont pondéré leurs réponses d'une notification manuscrite expliquant que ces deux éléments étaient variables en fonction de la compliance de la patiente au suivi instauré.

Cette évaluation fournie par les professionnels interrogés reste une évaluation subjective. Cependant des études la corroborent [13][33][34] Elles mettent en avant un bénéfice à l'inclusion des patientes dans ces unités médico psycho sociales. Leur inclusion produit un impact sur le suivi de grossesse avec un taux de suivi conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé significativement plus élevé après l'inclusion (88,19% vs 31,9%). De la même façon leur inclusion permet, selon cette étude du réseau Solipam, de favoriser l'accès à une couverture sociale et à un suivi social durant la prise en charge.

L'impact sur le suivi post partum et le suivi médical à long terme reste difficile à évaluer. Aussi il serait intéressant d'évaluer le suivi médical, plus particulièrement gynécologique, et la qualité du suivi pédiatrique sur le long terme.

En ce qui concerne le devenir de l'enfant, une étude [13] sur la prise en charge multidisciplinaire des grossesses chez des femmes toxicomanes retrouve un bénéfice à cette prise en charge avec un meilleur état néonatal, et un développement psychique plus harmonieux. Cette étude recense moins de troubles des liens d'attachements s'expliquant partiellement par une diminution des séparations de la diade mère enfant. Cette étude précise que les enfants allant le plus « mal » sont élevés au sein de famille en rupture avec le réseau médico-psychosociale.

En ce qui concerne l'impact du terme d'inclusion dans ces réseaux médico-psycho-sociaux, il semble que faciliter l'entrée précoce au sein d'une prise en charge médico psychologique favorise la réduction des pathologies gravidiques et fœtales voir néonatales réduisant au moins le degré d'urgence de la prise en charge. De plus il semble qu'un suivi débuté précocement est plus rarement interrompu [7][34].

Notons que ces études, sur le devenir obstétrical et néonatal des patientes et des nouveaux né lors d'une prise en charge médico-psychosociale, étudient une population définit surtout par une précarité socio-économique à la différence de la population prise en charge par l'UMPSP qui le plus souvent allie une précarité à une vulnérabilité additionnelle (pathologies, violence intrafamiliale...). Il n'est donc pas envisageable d'appliquer totalement ces résultats à l'UMPSP, puisque ces structures même si elles

présentent une volonté similaire ont des actions bien distinctes. Néanmoins ils apportent des encouragements quant à ces démarches médico-psychosociales.

Si la santé n'a pas de prix elle a un coût. La précarité et la vulnérabilité favorisent l'apparition de pathologies gravidiques et néonatales elles sont souvent plus graves du fait d'un retard de prise en charge. Les soins techniques et psychiques consommés sont majorés. Ils sont par ailleurs effectués le plus souvent dans l'urgence et nécessitent une hospitalisation plus longue [31][35].

Ainsi l'étude de Lu et al, parue en 2000, met en avant qu'un dollars « économisé » ou du moins non dépensé dans l'instauration du suivi grossesse entraîne un surcoût de 4,63 dollars dans le suivi au long terme de la mère et de l'enfant.

5) Satisfaction des professionnels quant au suivi proposé par l'UMPSP

Parmi les professionnels interrogés près d'un tiers ont participé à une prise en charge UMPSP. Cet élément a permis d'évaluer la satisfaction des professionnels relative au suivi proposé par l'unité.

La satisfaction globale des praticiens de l'UMPSP est importante. Cette forte satisfaction s'exprime principalement en ce qui concerne son action et les conduites à tenir proposées.

Cependant les échanges entre les professionnels et l'UMPSP semblent faire défaut. A la question n° 22 relative à leur satisfaction des échanges et de la collaboration instaurée 19% des professionnels les estiment insuffisants et 2% très insuffisants. Seul 46% des praticiens affirment avoir bénéficié de compte rendu régulier de la prise en charge instaurée pour une patiente orienté vers l'UMPSP.

En ce qui concerne l'implication dans la prise en charge instaurée près de 28% des professionnels, ayant participé ou orientés une patiente vers l'UMPSP, déclarent avoir été insuffisamment impliqués dans le suivi.

Il apparaît à l'analyse de ces réponses que le questionnaire aurait pu être complété de deux questions. La première interrogeant la connaissance des professionnels de

l'opportunité qui leur est offerte de participer au staff interdisciplinaire de l'UMPSP lorsque le dossier discuté correspond à une patiente orienté par leurs soins. La seconde s'attardant aux raisons de leur non venues à ces réunions. Ceci dans le but d'adapter et de renforcer la collaboration entre les professionnels.

Le Dr Françoise Molénat [22] nous rappelle l'importance de la communication et des échanges interprofessionnels. Ces derniers permettent une meilleure compréhension de la prise en charge proposée, et favorisent ainsi l'adhésion et le maintien d'un discours cohérent et univoque avec la patiente. Le sentiment d'être impliqué et d'être entendu au sein d'une prise en charge est nécessaire afin de ne pas donner au professionnel la sensation d'être nié dans ses compétences.

Cette collaboration permet de confronter les différents points de vue sur une situation et lorsque le professionnel en connaît l'antériorité il peut s'avérer être un appui considérable dans la compréhension et dans la mise en place d'une relation de confiance entre la patiente et les professionnels. Elle permet dès lors de mettre en place des référents pour la patiente et le couple parental et envisager au long terme la poursuite d'un suivi médico-psycho-social avec les professionnels non hospitalier.

En ce qui concerne les conduites à tenir lors de la prise en charge, 18 questionnaires font mention d'un défaut d'explication quant à la conduite à tenir et de la prise en charge à adopter, soit 17% des réponses apportées. Ces éléments font défaut principalement en anténatal, lors de la période per partum et suite de couche immédiate. Les professionnels déclarent que la conduite à tenir n'est pas inscrite ou insuffisamment précise. Un autre grief cité est la difficulté de joindre les professionnels notamment durant les périodes de nuit et de week-end. Aussi Il semblerait intéressant de réserver dans le dossier obstétrical un espace spécifique d'y notifier précisément les conduites à adopter et les professionnels à joindre si nécessaire pour permettre de simplifier la recherche des informations.

6) Souhais relatifs à des informations complémentaires

Près de 70,4% de la population interrogée énonce le souhait de bénéficier d'informations complémentaires concernant l'UMPSP, ses actions, les populations prises en charge et les modalités de communication proposées. Le support privilégié est le support papier, vient ensuite l'outil informatique. Nous notons que parmi les suggestions

recueillies les médecins généralistes proposent de fournir ces informations complémentaires lors des journées de formation médicale continue.

Il y a donc un intérêt réel de la part des professionnels quant à la prise en charge et aux conduites à tenir face à des situations complexes nécessitant un échange pluridisciplinaire.

7) Suggestions émises par les professionnels

A l'issue de l'enquête il a été demandé aux professionnels de nous soumettre des propositions quant à l'évolution de l'UMPSP. Près de 16,9% des personnes interrogées ont émis des suggestions relatives au devenir de l'UMPSP. Les demandes principales s'articulent autour d'un besoin d'informations complémentaires (55,4%), d'un renforcement des échanges et de la collaboration interprofessionnelle (26,8%) ainsi qu'une extension ou développement de structures similaires au sein d'autres centres hospitaliers en périphérie de l'agglomération angevine.

2. Les limites de l'enquête

1) La population ciblée

A l'origine de cette enquête il a été question de cibler de manière non exhaustive l'ensemble des professionnels médico-psycho-sociaux du Maine et Loire. Par manque de temps et de réponse de la part des organismes contactés nous n'avons pu recueillir des informations auprès des membres de l'ASE, et de la Clinique de l'Anjou notamment.

2) Répartition géographique

Les questionnaires ont été remis dans l'ensemble du département du Maine et Loire. Cependant il n'a pas été possible de retracer l'origine des réponses renvoyées et d'évaluer les données en fonction des circonscriptions d'actions sociales ou en fonction de l'éloignement géographique des professionnels. En effet il aurait été intéressant d'évaluer la connaissance de l'UMPSP en fonction de l'éloignement géographique des professionnels répondants et d'établir si ce critère est une des causes de la méconnaissance de l'UMPSP. De la même façon la « non orientation » vers l'UMPSP est expliqué par une

orientation vers un autre service de soin dans 29% des cas, ceci pouvant s'expliquer en partie par l'éloignement géographique.

3. Propositions relatives au devenir de l'UMPSP

1) Informer

i. Plaquette information (Annexe n°8)

La création d'une plaquette d'information permettrait de faciliter la connaissance et la diffusion de l'information concernant de l'UMPSP. Le format papier semble être le plus à même de répondre au besoin et est aussi le plus plébiscité par les professionnels.

Il s'agit d'offrir un accès rapide et une lecture facile des fondements de l'UMPSP, de ses rôles et de ces actions, qualifier la population prise en charge et les moyens de communication possibles. Sur cette même plaquette il serait pertinent de rappeler l'interaction entre les partenaires médico psycho sociaux telle que la PMI, l'ASE,...on peut proposer un organigramme détaillant l'organisation de cette unité

Il semblerait intéressant de rappeler la possibilité offerte aux professionnels de participer aux réunions hebdomadaires pluridisciplinaires lorsque la prise en charge discutée correspond à une patiente orientée par ses soins.

ii. Outils informatiques

L'outil informatique semble lui aussi une bonne voie de diffusion, facile d'usage, peu coûteux et modifiable aisément.

Il pourrait être intéressant de développer un accès multimédia en lien avec le site internet de la maternité du CHU d'Angers via un lien hypertexte. Il regrouperait ainsi les mêmes informations que celle contenue dans la plaquette d'information avec des ajouts concernant les actualités sur les modalités de prise en charge, les formations.

2) Former

Il semble pertinent de proposer dans le cadre d'une formation professionnelle primaire ou complémentaire des interventions relatives à l'UMPSP et ses caractéristiques. Il s'agit dans un premier temps de favoriser la connaissance de l'impact de la vulnérabilité sur la grossesse et des enjeux d'une prise en charge multidisciplinaire. Dans un second temps il est question d'apporter des outils facilitant le repérage des situations de grande vulnérabilité.

Nous notons que parmi les professionnels interrogés, seul 21% déclaraient avoir été sensibilisé sur les conséquences de la précarité et de la vulnérabilité lors de leur formation initiale.

Ces formations doivent être didactiques, favoriser l'échange interdisciplinaire.

Il serait judicieux d'envisager une revue des dossiers UMPSP menée par les professionnels de l'unité afin de faire bénéficier de l'expérience acquise. Cela serait une opportunité de réfléchir conjointement aux moyens de faire évoluer les prises en charge et entrevoir le devenir, à distance, de la diade mère enfant. Cette revue pourrait être effectuée de manière annuelle, bi annuelle, en invitant les professionnels ayant participés activement à la prise en charge.

3) Maintenir et renforcer l'échange et la collaboration interdisciplinaire

Une autre proposition quant à l'évolution du réseau formé autour de l'UMPSP correspond à l'amélioration de l'échange et de la collaboration avec les professionnels référents. Dans la mesure où le secret médical est respecté il semble important de promouvoir l'échange et la transmission interdisciplinaire. Ceci notamment avec les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux qui interviennent avant l'inclusion de la patiente dans l'UMPSP puis après la fin de la prise en charge [7][22].

4) Faciliter le repérage des situations de vulnérabilité : Score EPICES ou Evaluation de la Précarité et des Inégalités de la Santé dans les Centres d'Examens de Santé (Annexe 7)

La question de l'orientation précoce des patientes afin de permettre une prise en charge au sein de l'UMPSP induit la question du repérage des situations de vulnérabilité et de précarité. Le score EPICES institué en 1998 permet, grâce à un questionnaire rapide de onze questions binaires, d'évaluer la précarité socioéconomique. Il prend en compte l'aspect multifactoriel de la précarité et ne s'appuie pas uniquement sur le caractère financier.

Il s'agit de faciliter l'évaluation de la précarité par un calcul simple rapide et reproductible et permettre ainsi d'homogénéiser l'évaluation du caractère précaire et les conduites à tenir mise en place (étayage PASS, UMPSP, PMI...) [32]. Cet outil ne correspond pas spécifiquement à l'UMPSP et à son action mais facilite au moins le repérage de situation de précarité socioéconomique.

Le score EPICES apparaît être une piste de réflexion, un outil à adapter, afin de faciliter un repérage et une prise en charge précoce des patientes.

5) Lutter contre le décrochage des suivis.

Afin de faciliter la poursuite du suivi on peut envisager de promouvoir les hospitalisations de jours, en associant l'ensemble des entretiens psychologiques et sociaux, au suivi médical et échographique de la grossesse. Il semble que cela pourrait permettre de réduire notamment l'impact de l'éloignement sur le suivi. [7]

6) Promouvoir les échanges avec les sages-femmes libérales

Du fait d'un fort taux de participation à l'enquête de la part des sages-femmes libérales et des suggestions émises par ces dernières, il semblerait intéressant de s'appuyer sur leurs compétences afin de développer le suivi proposé par l'UMPSP. Il s'agirait de proposer hors du contexte hospitalier un suivi en prénatal de la préparation à la naissance ainsi que post natal. Ce suivi hors du contexte hospitalier ou social (PMI) permettrait peut-être de limiter la fuite d'un suivi induite par la peur du contrôle social. La sage-femme a alors une place privilégiée auprès de la patiente dans l'éducation au corps, au soin de maternages et à l'accès à la parentalité. De plus, pour la plupart, elles ont bénéficié d'une sensibilisation aux risques de la précarité et de la vulnérabilité sur la grossesse du fait de leurs formations et d'une expérience professionnelle antérieure. Elles ont la possibilité d'écouter et entendre les vulnérabilités et d'effectuer une prévention psychoaffectives dans l'instauration du lien d'attachement. Cependant cela ne peut s'inscrire que dans l'optique d'une prise en charge précoce de la grossesse.

7) Proposition soutient au développement d'autre unité dans le réseau sécurité naissance du Maine et Loire

Dans le souci de fournir une aide aux populations vulnérables il semblerait intéressant de soutenir l'émergence des projets d'unités similaires dans le reste du réseau sécurité naissance et ainsi permettre de réduire l'isolement des praticiens exerçants loin du CHU et diminuer l'influence de l'éloignement des populations dans le défaut de suivi.

Conclusion

5. Conclusion

L'Homme est un être pluridimensionnel. Il est un être biologique, psychique et social. Ces interactions entre les différents aspects de sa nature en font un être unique et complexe. Cet Homme se construit en lien avec ses expériences passées et de ses projets de vie future.

La naissance s'inscrit pour chacun d'entre nous comme le premier pas dans la vie. Quelle soit attendue ou non, cette naissance biologique, psychique et sociale fait de nous Homme. Elle est le résultat d'une grossesse et d'un accouchement. Ils induisent la gestation et la naissance d'un enfant et le plus souvent celle d'une mère et d'un père. Ces événements sont des moments clés dans la vie d'un individu et particulièrement dans l'existence maternelle. Pour se construire une nouvelle identité parentale des remaniements psychiques s'observent, ils sont la cause de la vulnérabilité psychique et émotionnelle lié à chaque grossesse.

Dans des situations de précarité socio-économique, de fragilités psychiques, de troubles dans les processus d'attachement et d'antécédents particuliers cette vulnérabilité peut être décuplée. Sur un plan psychique, la grossesse peut entraîner une majoration des fêlures intérieures et peut entraîner une cohorte de complications psycho-affectives pour les membres de la diade (mère-enfant) voir de la triade (mère-enfant-père). Sur un plan physique, l'association d'une fragilité psychique et d'une précarité socio-économique peut favoriser l'apparition de pathologies maternelles, fœtales et néonatales.

Créée en 2006 à la Maternité du CHU d'Angers, l'UMPSP se positionne en tant qu'alternative au suivi classique de grossesse. L'UMPSP s'organise autour de professionnels médico-psycho-sociaux afin de soutenir des populations en situation d'extrême vulnérabilité. Cette unité s'appuie sur la nécessité d'interdisciplinarité et de pluridisciplinarité afin d'aborder l'être humain dans sa globalité.

Au travers de ce travail il a été question d'observer, d'analyser le réseau médico-psycho-social formé, après cinq années d'existence, autour de l'UMPSP et d'évaluer la

connaissance et la satisfaction des professionnels médico-psycho-sociaux du Maine et Loire relatives à cette unité.

Nous constatons une connaissance insuffisante de l'UMPSP, malgré un besoin apparent éprouvé par les professionnels. Ce besoin s'exprime aussi dans l'intérêt de ces derniers pour l'unité avec le souhait d'informations complémentaires et une volonté d'implication dans les projets de l'UMPSP. Il ressort de l'enquête une satisfaction globale importante des actions menées par cette unité. Néanmoins, nous constatons une relative insatisfaction quant aux échanges et à la collaboration entre les professionnels. A cela s'ajoute le sentiment d'un manque d'implication des professionnels médico-psycho-sociaux au sein des prises en charge.

Afin de soutenir et de permettre le développement de cette unité il semble donc nécessaire de renforcer le réseau médico-psycho-social. Il s'agit de former et d'informer les professionnels. Nous pouvons proposer de renforcer ce réseau en favorisant l'implication des professionnels et le développement des prises en charges en collaboration avec les sages-femmes libérales notamment. Il semble, aussi, nécessaire de soutenir la communication interdisciplinaire en systématisant l'élaboration de compte rendu de prise en charge, et de faciliter l'accès aux réunions interdisciplinaires de l'UMPSP. Enfin il est apparu au cours de cette enquête un désir de la part des professionnels médico-psycho-sociaux de voir se développer des unités similaires dans le réseau sécurité naissance du Maine et Loire.

Ces nombreuses propositions fournissent à l'UMPSP la possibilité d'évoluer vers un réseau plus efficient, ceci au profit des patientes et des nouveaux nés.

6. Bibliographie

1. Ministère de la Santé et des Sports. *Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, Proximité, Sécurité, Qualité*, consulté le 10 avril 2012 à partir de l'URL : <http://www.perinat-france.org>
2. Dictionnaire Petit LAROUSSE. 2011,
3. République Française. Loi du 18 Mars 2003 *Relative à la sécurité intérieure et à la protection des biens et des personnes*. JO du le 11 mars 2011.
4. Haut Comité de Santé Publique. *Progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé*, Edition ENSP, 1998
5. Haut conseil de la santé publique. *Dossier Santé et Précarité*, Rev actualité et dossier en santé publique n° 12, Sept 1995
6. Ministère de la Santé et des Sports. *Résultat de l'enquête périnatale Mai 2010*, consulté le 10 avril 2012 à partir de l'URL <http://www.perinat-france.org>
7. MATHIEU-CAPUTO D. *Prise en charge des femmes enceintes et nouveaux nés en situation de vulnérabilité sociale : Faut-il un prise en charge spécifique*, J Gynecol Obstet and fertility 2010, 38, 83-91
8. GAYRAL-TAMINH M, .DAUBISSE-MARLIAC L, BARON M, MAUREL G, REME JM, GRANDJEAN H. *Caractéristique sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005, 34, 23-32
9. BLONDEL B et Al. *Les femmes en situation précaire en France : déroulement de la grossesse et santé périnatale*, 39^{ème} journée nationale de médecine périnatale, 2009
10. SUBTIL D, DE VIGNAN C, BLONDEL B, DELARUE E, DEBET B, KHOSHNOOD B, *Risques obstétricaux liés à la précarité : l'exemple du dépistage de la Trisomie 21 en France*, 39^{ème} journée nationale de médecine périnatale, 2009
11. WECK R.L., PAULOSE T, FLAWS J.A. *Impact of environmental factors and poverty on pregnancy outcome*, J Clin Obstet and Gynécol 2008, 51, 349-59
12. LEJEUNE C. *Précarité et prématurité*, J de pédiatrie et de puériculture 2008, 21, 344-8
13. .ROY J, TOUBIN R.M, MAZURIER E, CHANAL C, MISRAOUI M, BRULET C, MOLENAT F. *Devenir à 5 ans des enfants de mères dépendantes aux opiacés : effets*

- d'un suivi multidisciplinaire pendant la grossesse*, Archive de pédiatrie 2011, 18, 1130-8
14. VACHERON M.-N, MINTZ A-S. *Quelle information donner à une femme souffrant de troubles psychotiques ou bipolaire avant la naissance d'un enfant ?*, Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci, 2011, 9, 86-94
 15. LINDEN R-V, ROEGIERS L. *prévenir les troubles de la relation autour de la naissance*. Ministère d'aide à la jeunesse et de la communauté française Bruxelles
 16. JOLY M. *Violences conjugales pendant la grossesse : les conséquences obstétricales*, Rev vocation Sage-femme Mars 2010, 14-22
 17. République Française. *Préambule de la constitution du 27 octobre 1946*, alinéas 11
 18. Organisation Mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, 21 novembre 1986
 19. Conseil général du Maine et Loire. *l'action du conseil général pour l'enfance en danger*, 2005, consulté le 10 avril 2012 à partir de l'URL www.cg49.fr
 20. Conseil général du Maine et Loire. *Charte pour la protection de l'enfance en danger*, consulté le 10 avril 2012 à partir de l'URL www.cg49.fr
 21. République Française. Loi du 5 Mars 2007, *Relative à la protection des mineurs en dangers et au recueil des informations préoccupantes*, Code de l'action sociale et des familles, JO le 6 Mars 2007
 22. MOLENAT F. *Naissance : pour une éthique de la prévention*, 2001, Edition ERES
 23. MOLENAT F. *Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains*, 2009, Edition ERES
 24. GILLARD P et AL. *UMPSP au CHU d'Angers*, 39^{ème} journée nationale de médecine périnatale, 2009
 25. DUVERGER P, NARDIN-GODET K. *Fonctions et interaction des psychologues et psychiatres à l'unité médico-psycho-sociale (UMPSP) au CHU d'Angers*, Rev Med Périnat 2011, 3, 37-44
 26. KOJAYAN R, AVAZY K, DELASSUS D, TUTUNOVIC C, MOLENAT F, ROY J. *Exemple d'une mise en place de réseau en maternité privées : le pôle périnatal de prévention en santé mentale PMS3*, Rev Med Périnat, 2010, 2, 115-8
 27. BAUMLER M et AL. *grossesse et troubles psychiatriques*
 28. *: recommandations de bonnes pratiques*, consulté le 10 avril 2012, à partir de l'URL www.perinat-france.org

29. DIQUELOU J-Y, AMAR P, BOYER S, MONTILLA F, KAROUBI R. *les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurs subis*, Rev Sage-femme, 2008, 7, 203-16
30. LEJEUNE C., SIMMAT-DURAND L., AUBISSON S., GOURARIER L., PICQUET M., *Grossesse et substitution. Enquête sur les femmes enceintes substituées à la méthadone ou à la buprénorphine haut dosage et caractéristiques de leurs nouveau-nés*. Paris, OFDT, 2003, consulté le 10 avril 2012, à partir de l'URL www.ofdt.fr
31. DARVES-BORNOZ J-M, GAILLARD P, DEGIOVANNI A, *Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant, Encyclopédie médicale chirurgicale*, 2001
32. BESNIER M, CASTIEL D, BRECHAT P-H, GRENOUILLEAU M-C, RYMER R, BARRANGER E. *Parturiente accouchant par voie basse, handicaps sociaux et durée de séjour : étude pilote au groupe hospitalier Lariboisière-Fernand-Widal de Paris*, J Gynecol Obstet and fertility, 2009, 37, 131-139
33. CONVERS Met AL. *Intérêt de l'échelle d'évaluation de la précarité EPICES en obstétrique*, J Gynecol Obstet and fertility, 2011
34. BROSSARD V. *Devenir obstétricale des patientes prises en charge dans le cadre du PASS-périnatalité*, Mémoire : maïeutique : Université d'Angers 2007
35. SCOAZEC C. *Grossesse et précarité : étude descriptive du réseau Solipam*, Mémoire : maïeutique : Université Paris 2011
36. YILMAZ E, RAYNAUD D. *Les patients en situation de précarité accueillis encourt séjour restent-ils plus longtemps à l'hôpital ?*, DRESS, Le panorama des établissements de santé – 2010, 29-39
37. NKANSAH-AMANKRAS, DHAWAIN A, HUSSEY J-R, LUCHOK K J. *Maternal Social Support and Neighborhood Income Inequality as Predictors of Low Birth Weight and Preterm Birth Outcome Disparities: Analysis of South Carolina Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System Survey, 2000–2003*, Rev Matern Child Health J (2010) 14:774–85

7. Annexe

1. Annexe n°1

Tableaux n°1 issu de l'étude : Caractéristique sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005, 34, 23-32

Travail original • Précarité et risque périnatal

Tableau I Caractéristiques socio-démographiques des mères.
Maternal socio-demographic characteristics.

	Situation de précarité		p
	Présence	Absence	
	(n = 988) (%)	(n = 5047) (%)	
Origine ethnique			
France	41,9	77,6	
Maghreb	30,9	12,4	
Afrique Noire	12,9	2,6	
autres	14,3	7,4	p < 0,0001
Âge à la maternité			
< 18 ans	3,7	0,1	
18-35 ans	83,9	84,6	
> 35 ans	12,4	15,3	p < 0,0001
Situation familiale ^a			
seule	42,3	7,8	p < 0,0001
Niveau des études ^a			
analphabète	5,9	0,9	
primaire	15,7	2,6	
collège et technique	61,9	41,6	
universitaire et lycée	16,5	54,9	p < 0,0001
Parité			
primipare	46,6	46,1	
2-3 enfants	37,9	47,8	
plus de 3 enfants	15,5	6,1	p < 0,001

^a Ces deux variables ne concernent que les dossiers de 2001, soit 496 femmes en situation de précarité et 2679 femmes sans précarité.

2. Annexe n°2

Tableau 2 issu de l'étude : Caractéristique sociodémographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005, 34, 23-32

M. Gayral-Taminh et collaborateurs

Tableau II Caractéristiques médicales de la grossesse et de l'accouchement.
Medical characteristics of pregnancy and delivery.

	Situation de précarité	Absence de précarité	p
	(n = 988) (%)	(n = 5047) (%)	
Suivi de la grossesse			
tardif ou insuffisant ^a	11,6	0,8	p < 0,001
Pathologie de la grossesse :			
— présence de pathologie	87,1	75,1	p < 0,0001
— anémie	20,4	6,8	p < 0,0001
— infection urinaires	12,9	7,9	p < 0,0001
— infections génitales	43,0	27,3	p < 0,0001
— HTA ^b (TA = > 15/9) et toxémie	4,1	4,9	NS ^c
— menace d'accouchement prématuré	15,6	13,8	p < 0,01
Hospitalisation en cours de grossesse	43,9	38,7	p < 0,001
Déroulement de l'accouchement :			
— césarienne	22,8	22,8	NS
Anesthésie (voies basses) :			
— aucune	23,1	14,6	
— péridurale	72,5	80,1	p < 0,001
Complications des suites de couches :	33,3	23,8	p < 0,0001
— présence de pathologie	25,6	17,7	p < 0,0001
— anémie (Hb ^d < 10g/dl)			
État de l'enfant à la naissance :			
— naissance prématurée :			
— < 33 semaines	3,9	4,5	
— 33-36 semaines	11,1	8,1	p < 0,05
— mortalité in utero	1,3	1,0	NS
— mortalité néonatale	0,4	0,6	NS
— score d'Apgar < 7 à 5 mn	1,8	0,7	p < 0,01
— taux de transfert	15,0	10,3	p < 0,0001
— enfants de poids < 2 500 g	13,1	11,3	NS

^a pas de consultation au premier trimestre ou moins de 4 consultations en tout ;

^b hypertension artérielle ; ^c non significatif ; ^d hémoglobine.

3. Annexe n°3

Tableau 3 issu de de l'étude : Caractéristique sociodémographiques et risques périnatals des mères en situation de précarité, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005, 34, 23-32

Travail original • Précarité et risque périnatal

Tableau III Caractéristiques socio-démographiques et complications de la grossesse et de la période néonatale : analyses multivariées.
Multivariate analyses of relationship between socio-demographic characteristics and medical complications.

Variable à expliquer	Variables explicatives introduites dans le modèle initial	Variables explicatives	Modèle final	
			Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95 %
Infection vaginale	Variables socio-démographiques *	Précarité	1,84	1,45 – 2,33
		Origine ethnique		
		France	1	
		Maghreb	1,39	1,10 – 1,75
		Afrique Noire	1,86	1,25 – 2,75
		autre	1,13	0,83 – 1,51
Anémie de la grossesse (Hb < 10g/dl)	Variables socio-démographiques *	Mère isolée	1,38	1,08 – 1,77
		Origine ethnique		
		France	1	
		Maghreb	4,41	3,20 – 6,08
		Afrique Noire	6,57	4,14 – 10,42
		autre	2,88	1,89 – 4,38
Accouchement prématuré	Variables socio-démographiques *	Précarité	1,62	1,17 – 2,26
		Mère isolée	1,53	1,07 – 2,22
		Origine ethnique		
		France	1	
		Maghreb	0,63	0,45 – 0,86
		Afrique Noire	1,03	0,65 – 1,63
Score d'Appgar à 5 minutes < 7	Variables socio-démographiques *	autre	1,15	0,83 – 1,61
		Prématurité	8,18	4,04 – 16,52
		Précarité	2,98	1,43 – 6,18
		Infection vaginale		
		Anémie de la grossesse		
		Prématurité		
Transfert d'un nouveau-né à terme ^b	Variables socio-démographiques *	Score d'Appgar 5 mn < 7	13,43	4,89 – 38,44
		Précarité	2,29	1,54 – 3,42
		Infection vaginale		
		Anémie de la grossesse		
		Score d'Appgar 5 mn < 7		

* Variables socio-démographiques = âge (< 18 ans, 18-34 ans, > 34 ans), mère isolée (N/O), précarité (N/O), origine ethnique (4 classes), niveau d'étude (secondaire ou plus/héant ou primaire), nombre d'enfants (1, 2-3, > 3).

^b Les prématurés étant pour la plupart transférés ont été exclus de cette analyse.

4. Annexe n°4

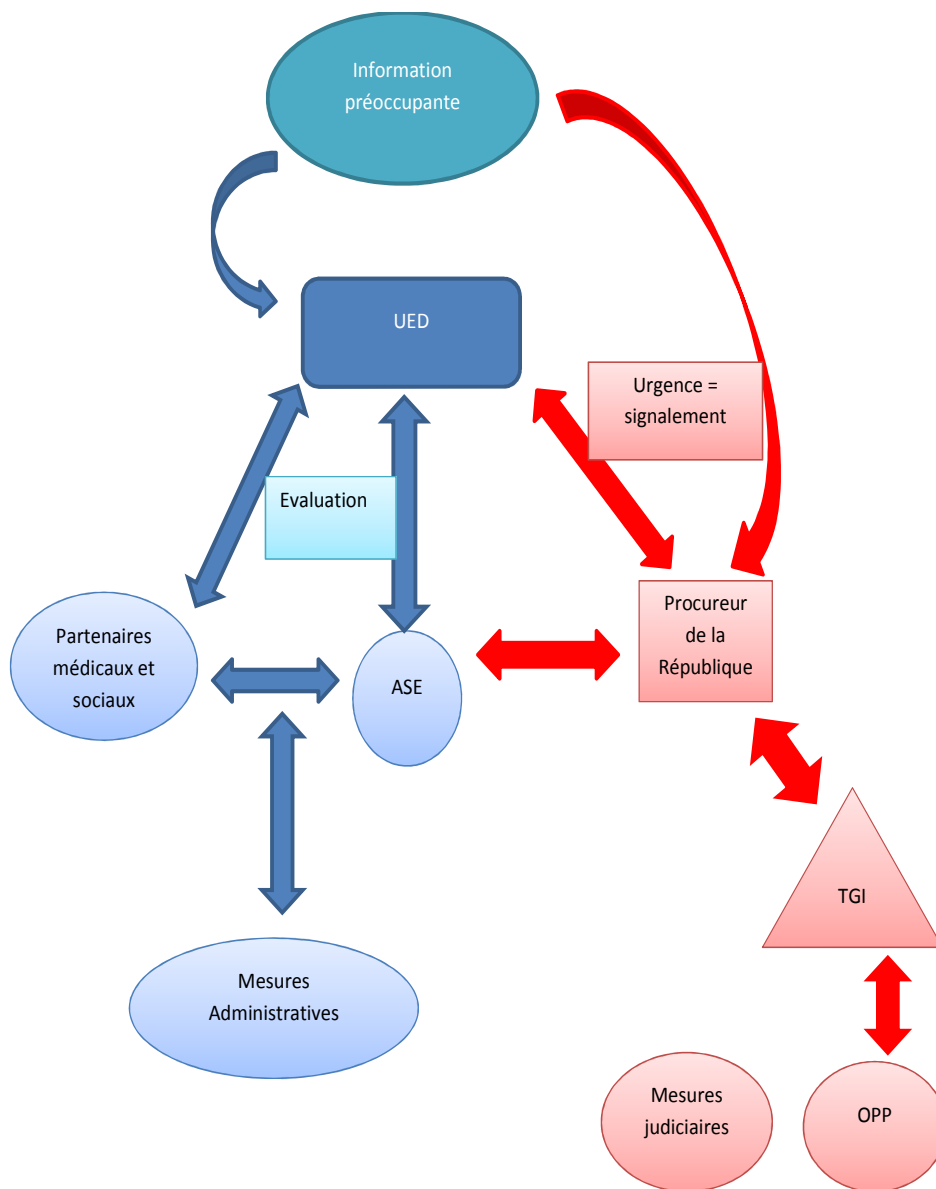


Figure 1 : cheminement de l'information préoccupante

5. Annexe n°5 :

courrier explicatif remis aux professionnels



Ecole de sage-femme

René Rouchy

Chu Angers

Madame, Monsieur,

Actuellement en 5^{ème} année de formation de Sage-femme, je dois, dans le cadre de la fin de mes études, effectuer un mémoire.

Dans le cadre de ce mémoire, je travaille en collaboration avec Mr le Docteur P. Gillard (praticien hospitalier à la Maternité du chu Angers) et Mme S.Boudier (Sage-femme à la Maternité du chu Angers).

Ce travail a pour objectif d'évaluer l'impact de l'UMPSP **Unité Médico-Psychosociale en Périnatalité** dans la prise en charge et l'accompagnement de vos patientes.

Afin d'effectuer cette étude je sollicite votre aide et vous demande de bien vouloir répondre à l'enquête ci jointe.

Cette enquête est anonyme, elle est soumise à l'ensemble des professionnels médico-psycho-sociaux du département en contact avec des femmes enceintes en situation de précarité et de vulnérabilité.

Il s'agit d'apprécier votre connaissance de l'UMPSP, de ses rôles et de ses actions, ainsi que votre satisfaction quant à cette unité. Ceci afin d'améliorer son fonctionnement et de mieux communiquer avec vous. Il s'agit aussi pour vous de mettre en avant des éventuelles suggestions permettant un travail commun efficace dans le soutien des femmes en situation de grande précarité sociale

En vous remerciant d'avance de votre contribution à cette étude.

Cordialement

Mathilde Kermoal

6. Annexe n°6

Enquête de satisfaction concernant l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité ou UMPSP du CHU Angers adressée aux professionnels médicaux, paramédicaux et psychosociaux du département Maine et Loire

1. Votre profession :
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue obstétricien
 - Pédiatre
 - Psychiatre / Pédopsychiatre
 - Sage-femme
 - Psychologue
 - Puéricultrice
 - Assistante sociale
 - Inspecteur de l'ASE
 - Responsable de circonscription ou responsable adjoint
2. Votre lieu ou secteur d'exercice :
 - Centre hospitalier
 - Exercice libéral
 - Pmi
 - Maison de la solidarité
 - Cesame (adulte/enfant)
 - Autre:
3. Vous êtes confronté à une population
 - Plutôt favorisée
 - Plutôt défavorisée
4. Pensez vous que la précarité ait des conséquences sur le déroulement de la grossesse et la vie de l'enfant à naître?
 - Oui
 - Non
5. Si oui lesquelles ?

6. Comment avez-vous acquis vos connaissances sur les conséquences de la précarité en périnatalité ?
 - Par la formation initiale
 - Via des formations complémentaires
 - Via des notes d'information émanant des institutions (CAF, assurance maladie,...)
 - Par expérience professionnelle

7. Avez-vous des connaissances concernant l'Unité Médico-Psycho Sociale en Périnatalité ou UMPSP ? (plusieurs réponses possibles)
- Je ne connais pas cette unité
- Je connais l'existence de cette unité
- Je connais les rôles et les actions de cette unité
- Je connais le type de population pris en charge
- Je connais le moyen de joindre cette unité
8. Connaissez-vous le numéro de téléphone unique de la sage-femme de liaison de l'UMPSP ?
- Oui
- Non
9. Avez-vous déjà eu lors de votre pratique professionnelle des situations complexes pouvant justifier d'une prise en charge par l'UMPSP?
- Oui
- Non
10. Si oui, avez-vous orienté la ou les patientes vers cette unité?
- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Non jamais
11. Si non à la question précédente, pourquoi?
- Refus de la patiente
- Manque d'information sur cette unité de soins
- Orientation vers un autre service de soins...
- Difficultés à joindre la sage-femme de liaison
- Autre, précisez :
12. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité?
13. Pensez-vous que la prise en charge pluridisciplinaire de ces femmes apporte:

Une amélioration du suivi pré natal des patientes ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

Une amélioration du suivi post natal des patientes ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

Une amélioration de la qualité des soins dispensés ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

Une amélioration du suivi psychosocial de l'enfant à naître ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

Une amélioration de la relation de confiance entre la patiente et les soignants ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

14. Pensez-vous que ce type de prise en charge puisse diminuer la fréquence des pathologies de la grossesse ?

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt pas d'accord

Jamais d'accord

Les questions 15 à 22 s'adressent aux professionnels ayant été confrontés dans leur pratique à une prise en charge en UMPSP.

Pour les professionnels n'ayant pas été confronté à une prise en charge par UMPSP rendez-vous à la question 23.

15. Avez-vous reçu des comptes rendu réguliers des réunions de cette unité?

Oui

Non

16. Vous êtes-vous senti impliqué(e) dans les décisions prises par l'unité?
- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Jamais d'accord
17. La prise en charge mise en place par UMPSP vous a-t-elle paru suffisamment explicite dans les comptes rendu et dossiers médicaux?
- Tout à fait explicite
- Plutôt explicite
- Plutôt non explicite
- Jamais explicite
18. Si non à quel moment et pourquoi vous a-t-elle fait défaut (anténatal, accouchement, post natal) ?
19. En ce qui concerne le devenir de la femme et de l'enfant avez-vous eu suffisamment d'informations?
- Oui
- Non
20. En ce qui concerne l'action de l'UMPSP vous êtes ?
- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait
21. En ce qui concerne les prises en charge mise en place par l'UMPSP vous êtes ?
- Très satisfait
- Satisfait
- Insatisfait
- Très insatisfait
22. Globalement les échanges et la collaboration avec l'UMPSP vous ont parus ?
- Très suffisants
- Suffisants
- Insuffisants
- Très insuffisants
23. Ressentez-vous le besoin d'une information complémentaire concernant l'UMPSP?
- Oui
- Non
24. Si oui de quel type?
- Orale
- Écrite

25. Avez-vous des suggestions à nous soumettre?

7. Annexe n°7

Score EPICE

Tableau 1
Échelle EPICE. Calcul du score.

Questions	Coefficient
1. Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	+10,06
2. Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83
3. Vivez-vous en couple ?	-8,28
4. Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28
5. Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...)?	+14,8
6. Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51
7. Êtes-vous allés au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
8. Êtes-vous partis en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10
9. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47
10. En cas de difficultés, il y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47
11. En cas de difficultés, il y a-t-il des personnes dans votre entourage sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10
Constante	75,14

Lorsque la patiente répond « oui » à la question, le coefficient est affecté à la réponse. Si elle répond « non », on met un coefficient égal à 0. On ajoute ensuite la constante de 75,14 au total : le score ainsi obtenu est quantitatif, il varie de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité la plus élevée).

La patiente est en situation de précarité lorsque le score EPICES est supérieur ou égal à 30,7.

8. Annexe n°8

Proposition d'un format : plaquette d'information

8. Résumé

Objectifs : Observer et analyser le réseau médico-psycho-social organisé autour de l'Unité Médico-Psycho-Sociale en Périnatalité afin d'en évaluer la connaissance et la satisfaction, des professionnels médico-psycho-sociaux du Maine et Loire.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude prospective et descriptive du réseau médico-psycho-social grâce à un questionnaire comprenant vingt-cinq questions. Ce questionnaire a été envoyé à 945 professionnels du Maine et Loire.

Résultats : Le taux de participation global à cette enquête est de 35,1%, avec des taux de participation pour les sages-femmes et les professionnels du centre Flora Tristan et de la PMI respectivement de 63,1% et 100%. Parmi les professionnels ayant répondu près de un tiers ont eu l'occasion de participer à une prise en charge UMPSP. La connaissance des conséquences de la vulnérabilité et de la précarité sur la grossesse semble relativement bonne, l'acquisition de ces connaissances étant surtout du fait de l'expérience. La connaissance complète de l'UMPSP représente 30% des réponses. La satisfaction globale de l'UMPSP est importante. Cependant en ce qui concerne la satisfaction des échanges et de la collaboration le taux insatisfaction est de 21%. Le souhait de bénéficier d'une information complémentaire correspond à 70,4% des réponses.

Conclusion : Afin de soutenir le développement de cette unité il semble donc nécessaire de renforcer le réseau médico-psycho-social. Il s'agit de former et d'informer les professionnels. Nous pouvons proposer de renforcer ce réseau en favorisant l'implication des professionnels, et le développement des prises en charges en collaboration avec les sages-femmes libérales notamment. Par ailleurs il semble nécessaire de soutenir la communication interdisciplinaire en systématisant l'élaboration de compte rendu de prise en charge, et de faciliter l'accès aux réunions interdisciplinaires de l'UMPSP. Enfin il est apparu au cours de cette enquête un désir de la part des professionnels médico-psycho-sociaux de voir se développer des unités similaires dans le réseau sécurité naissance du Maine et Loire.

Mots-clés : Vulnérabilité, Précarité, UMPSP, Interdisciplinarité, Pluridisciplinarité, Grossesse.

9. Abstract

Objective : Observe and analyze the network formed around the medico-psychosocial unit in perinatal period, UMPSP, to estimate the knowledge and the satisfaction medico-psychosocial professional of Maine-et-Loire.

Method : We realized a prospective and descriptive study about medico-psychosocial network thank to a questionnaire with twenty five questions. This questionnaire was sent to 945 medico-psychosocial professional of Maine-et-Loire.

Results : The rate of global participation for this study is 35,1%. About the rate of participation of the midwife and the healthcare professional of Flora Tristan center and PMI are 63,1% et 100% respectively. Among the professional having answered 30% had the opportunity to participate to coverage with UMPSP. The knowledge of consequences of vulnerability and poverty on the pregnancy seems satisfactory. The principal way of learning those consequences seems to be the professional experience. The full knowledge of UMPSP is estimated in 30% of answers. The global satisfaction of UMPSP is high. However about the satisfaction of the exchange and the collaboration the rate of dissatisfaction is 21%. Almost 70,4% professional wish to obtain an additional information.

Conclusion : In order to allow the development of this unit, it seems to be necessary to reinforce the medico-psychosocial network. It means inform and train the professional. We can propose to strengthen this network favoring the professional involvement and the development of coverage working with liberals midwives. Moreover it seems to be necessary to support an interdisciplinary communication systematizing the realization of report of the coverage and facilitating the interdisciplinary meeting access. Finally during this study appears a professional wish to develop similar unit in the network “security birth” in Maine-et-Loire.

Key-words : Pregnancy, Vulnerability, Poverty, Medico-Psycho-Social in Perinatal period Unit, Interdisciplinary, Multidisciplinary.

