



HAL
open science

Interdisciplinarité dans la prise en charge anténatale des patientes présentant une pathologie psychiatrique. État des lieux dans les maternités d'Aquitaine

Lise Labaye

► To cite this version:

Lise Labaye. Interdisciplinarité dans la prise en charge anténatale des patientes présentant une pathologie psychiatrique. État des lieux dans les maternités d'Aquitaine. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00880203

HAL Id: dumas-00880203

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00880203>

Submitted on 5 Nov 2013

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

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

UNIVERSITE VICTOR SEGALEN – BORDEAUX II
ECOLE DE SAGES-FEMMES

**INTERDISCIPLINARITE DANS LA PRISE EN CHARGE
ANTENATALE DES PATIENTES PRESENTANT UNE
PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE**

ETAT DES LIEUX DANS LES MATERNITES D'AQUITAINE

Mémoire de fin d'études de sages-femmes
Présenté par LABAYE Lise
Née le 21 avril 1989

Sous la direction du Docteur SUTTER-DALLAY Anne-Laure

Première année du premier cycle des études médicales 2008/2009
Promotion école de sages-femmes 2009/2013

REMERCIEMENTS

A Mme Anne-Laure Sutter, psychiatre au centre hospitalier Charles Perrens, pour avoir accepté de diriger mon mémoire et m'avoir guidé dans mon projet,

A Mme Sèverine Barandon, sage-femme enseignante, pour m'avoir guidé, soutenu et encouragé dans les moments de doutes tout au long de ce travail,

A mes parents, sans qui je n'aurais pas pu faire ces études,

A mon frère, pour m'avoir toujours encouragé,

A Sophie, pour m'avoir donné envie de faire ce métier,

A mes camarades de classe pour tous les bons moments et le soutien dans les périodes difficiles, tout particulièrement à Léa et Laura,

A Julie et Manon, pour tout.

LISTE DES ABREVIATIONS

Anaes : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

Sida : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Table des matières

Introduction	7
Chapitre I : GENERALITES	9
1. La psychiatrie périnatale	9
1.1. Définition, historique	9
1.2. Influence de période périnatale sur la pathologie mentale	10
1.3. Impact de la pathologie mentale sur l'enfant	10
2. Interdisciplinarité et réseaux de santé	11
2.1. Interdisciplinarité	11
2.2. Les réseaux de santé	12
2.2.1. Développement du concept	12
2.2.2. Critères de qualité	13
2.2.3. SROS et réseaux de santé	13
3. La psychiatrie de liaison	14
3.1. Définition	14
3.2. Historique	14
Chapitre II : L'ETUDE	15
1. Matériel et méthode	15
1.1. Type d'étude	15
1.2. Objectifs de l'étude	15
1.2.1. Hypothèse de travail	15
1.2.2. Objectif principal	15
1.2.3. Objectifs secondaires	15
1.3. Outils de recherche	15

1.4. Critères de sélection	17
1.4.1. Critères d'inclusion	17
1.4.2. Critères d'exclusion	17
1.5. Réalisation pratique	17
2. Analyse statistique.....	17
Chapitre III : RESULTATS	19
1. Description de la population	19
2. Etude de l'interdisciplinarité	21
2.1. Moyens à disposition des maternités.....	21
2.2. Influence du niveau de la maternité sur les moyens mis à dispositions.....	22
2.3. Utilisation des moyens mis à disposition.....	23
2.4. Communication avec le médecin référant.....	24
3. Etude des difficultés rencontrées.....	26
3.1. Description des difficultés rencontrées.....	26
3.2. Influence des caractéristiques de la population sur le fait de rencontrer des difficultés	28
3.3. Influence de la discussion pré-conceptionnelle des grossesses sur le fait de rencontrer des difficultés.....	29
3.4. Influence du niveau de maternité sur le type de difficultés rencontrées	30
4. Améliorations envisagées	30
Chapitre IV : ANALYSE DES RESULTATS, DISCUSSION	32
1. Analyse des résultats	32
1.1. Population étudiée.....	32
1.2. Interdisciplinarité	33

1.2.1. Moyens mis à disposition des maternités	33
1.2.2. Médecin référent.....	34
1.3. Difficultés rencontrées.....	35
1.3.1. Particularité de la population rencontrant des difficultés dans la prise en charge	36
1.3.2. Discussion pré-conceptionnelle et difficultés rencontrées	37
1.3.3. Niveau de maternité et type de difficultés.....	38
1.4. Propositions des professionnels	38
2. Propositions.....	40
Conclusion	44
Bibliographie	46
ANNEXES.....	51
Annexe 1 : Questionnaire.....	51
Annexe 2 : Modèle de présentation du projet aux cadres et chefs de services.	54

Introduction

La grossesse est connue pour être une période de grande fragilité psychique. Elle nécessite une adaptation aux changements physiques, psychiques et sociaux que va entraîner l'arrivée de l'enfant. Ainsi, la prévalence de la dépression dans l'ante-partum est évaluée entre 5 et 10% selon les études [1]. Si les facteurs de risque sont multiples (antécédents personnels et/ou familiaux de dépression, addiction, difficultés sociales ou de couple, grossesse non désirée, antécédent récent de fausse couche spontanée, procréation médicalement assistée, grossesse à risque...), le risque est majoré lorsque la patiente présente un trouble psychiatrique chronique [2]. En effet, une étude faite aux Etats-Unis en 2007 montre que 70,8% des femmes ayant un trouble bipolaire ont une récurrence pendant la grossesse [3]. Les patientes schizophrènes font également partie du groupe des grossesses à risque [4].

Mais le risque n'est pas seulement d'ordre psychiatrique, il faut également prendre en compte les risques obstétricaux (prématurité, RCIU, hypotrophie, malformations) et néonataux (syndromes de sevrage) dus en partie à la tératogénicité des traitements parfois lourds mais aussi à des grossesses mal suivies [2,5-7].

Si autrefois chez ce type de patientes les grossesses étaient rares (enfermement, neuroleptiques à doses élevées, injections de contraceptifs et interruptions de grossesse sans consentement), aujourd'hui il est relativement fréquent de rencontrer une femme enceinte ayant une pathologie psychiatrique chronique [8]. Il est donc nécessaire, compte tenu des risques de rechute et de complications de la grossesse, de mettre en place une prise en charge adaptée. L'importance de la mise en place d'unités d'accompagnement psychologique dans toutes les maternités et la promotion du travail en réseau ont été mis en avant [9,10]. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande le recours à l'avis d'un gynécologue-

obstétricien et d'un psychiatre précocement dans le suivie de la grossesse [2,11].

A la maternité du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux, la mise en place d'une activité de psychiatrie de liaison (depuis 1993), la création d'un staff médico-psycho-social pluridisciplinaire et, de manière concomitante, depuis 2000, d'un réseau intersectoriel de psychiatrie périnatale ont permis une amélioration des prises en charges. Ce réseau s'est développé autour de l'unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. Il permet, entre autre, l'organisation de la prise en charge au long cours des troubles psychiatriques maternels. Il est intégré au réseau de périnatalité régional (réseau périnat Aquitaine) [12].

Les réseaux de périnatalité sont chargés d'organiser une continuité et une coordination des soins en favorisant la concertation et la communication entre les différents professionnels des maternités. Leur action vise entre autre à optimiser la prise en charge des grossesses chez les patientes présentant des pathologies psychiatriques. Cependant, il est important que chaque maternité développe ses propres réseaux locaux afin d'avoir les ressources nécessaires pour prendre charge ces patientes.

Chapitre I : GENERALITES

1. La psychiatrie périnatale

1.1. Définition, historique

La psychiatrie périnatale étudie les troubles psychiques observés chez les femmes durant la grossesse et la première année du post-partum [13].

Si l'on a depuis longtemps remarqué la fragilité psychique des femmes durant la période périnatale, les premières publications scientifiques à ce sujet ne datent que du XIX^e siècle. En effet, c'est en France, en 1858, que Louis Victor Marcé publie son *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales*. Cependant, cet intérêt pour la psychiatrie périnatale ne dure pas longtemps et ce n'est qu'au milieu du XX^e siècle que les réels travaux sur ce sujet ont commencé. En effet, c'est à ce moment-là, au Royaume-Uni, que les premières unités d'hospitalisation mère-enfant se sont développées [14]. En France, les premières hospitalisations mère-bébé ont lieu en 1961 [13].

Suite à ces premières expériences, la psychiatrie périnatale continuera de se développer. En 1972 apparaît la première publication internationale référencée avec le terme exact de « psychiatrie périnatale » dans les travaux de Thelander. S'en suivront en 1980 la création de la première chaire de psychiatrie périnatale ainsi que la fondation de la société Marcé, *An international society for the understanding prevention and treatment of mental illness related to childbearing* [13].

Aujourd'hui, pour une pratique efficace de la psychiatrie périnatale, un travail en réseau paraît nécessaire. En effet, les professionnels de la santé mentale ne sont pas des acteurs de première ligne durant cette période de la vie des femmes, et ce même lorsqu'elles présentent une pathologie psychiatrique. Par contre elles rencontrent

systématiquement des professionnels de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices). Ainsi, les réseaux unissant les professionnels des deux versants (psychiatrie et périnatalité) sont un des fondements de la psychiatrie périnatale [13].

1.2. Influence de période périnatale sur la pathologie mentale

Les femmes ayant des antécédents de dépression et/ou ayant des manifestations de troubles anxieux sont plus à risque de dépressions anté ou post-partum [15–17]. Vingt à quarante pour cent des patientes souffrant de dépressions anténatales font des rechutes dans le post-partum [15,17].

De plus, la période postnatale est souvent une période de recrudescence des troubles anxieux [18]. De plus, comme nous l'avons dit précédemment, les manifestations anxieuses durant la grossesse sont un signe de risque de dépression postnatale. Elles peuvent également faire redouter une psychose puerpérale chez les patientes présentant un trouble bipolaire et/ou un antécédent de psychose puerpérale [17].

En ce qui concerne les patientes schizophrènes, elles sont plus à risque de complications obstétricales telles que la prématurité, l'hypotrophie et le retard de croissance intra-utérin [19]. Par ailleurs, si la grossesse influence peu l'évolution de la maladie, la naissance et le post partum sont à risque de décompensation [20].

Enfin, le risque de rechute en post partum est très élevé chez les femmes bipolaires. Les patientes sont souvent symptomatiques dès les premiers jours [21] avec un risque accru à J10 et J19 [20]. Les études montrent que les femmes ayant des antécédents de trouble bipolaire ont plus de chance d'être hospitalisées en unité psychiatrique dans le post-partum [22,23].

1.3. Impact de la pathologie mentale sur l'enfant

Le couple mère-enfant fonctionne comme une dyade. Les premières relations que le bébé développe avec sa mère sont la base du

développement de sa personnalité. Ainsi, il paraît inévitable que la pathologie mentale de la femme entrave la qualité des interactions avec le nouveau-né [13].

La schizophrénie peut générer des défauts d'attention, un obstacle aux capacités de réponses maternelles et des attitudes intrusives [13]. Le taux de troubles de l'attachement semble donc augmenté chez les enfants de mères schizophrènes [24].

La dépression post-natale, trouble le plus fréquemment retrouvé en post-partum (entre 6,5% et 12,9%) [25], peut également entraver l'aptitude maternelle à répondre aux stimulations du nouveau-né mettant alors en péril le développement des capacités émotionnelles de l'enfant et donc de son développement, notamment cognitif [13,26].

De plus, il a été montré que les enfants de mère souffrant d'une pathologie mentale ont non seulement un risque plus élevé de mort subite du nourrisson [27] mais aussi d'être victimes d'homicide [30].

Ces données font de la psychiatrie périnatale un enjeu de santé publique qui préoccupe les professionnels de la santé périnatale. En effet, comme nous l'avons souligné précédemment, ce sont eux qui sont en première ligne face à ces patientes souffrant de pathologies mentales. Il faut donc qu'ils soient capables de repérer les éventuels troubles.

2. Interdisciplinarité et réseaux de santé

2.1. Interdisciplinarité

D'après le dictionnaire Larousse, interdisciplinaire signifie « *Qui établie des relations entre plusieurs sciences ou disciplines.* »

Selon C. Joly et al, qui ont travaillé sur l'interdisciplinarité dans le cadre des soins palliatifs [29], « *il s'agit, pour la meilleure prise en charge possible du malade, de faire travailler ensemble les membres de l'équipe soignante à partir de compétences et d'approches professionnelles différentes, mais autour de problèmes et d'enjeux communs. [...] Elle*

suppose un dialogue, l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre plusieurs spécialistes. [...] Il s'agit d'acquérir une connaissance plus complète de la personne soignée, afin de pouvoir l'aider de la façon la plus adaptée possible. »

Ce travail nécessite que chacun respecte le rôle et la fonction qui lui est propre tout en acceptant une culture professionnelle différente de la sienne.

2.2. Les réseaux de santé

2.2.1. Développement du concept

Les réseaux de santé se sont progressivement développés en France depuis le début des années 80 dans le but de réduire les cloisonnements du système de santé. Cet essor correspond notamment à l'arrivée du Sida et donc à un bouleversement du contexte sanitaire et social. En effet, les médecins ont commencé à s'organiser en réseaux locaux pour une prise en charge et un accompagnement coordonnés ainsi qu'une meilleure continuité des soins. Ces réseaux étaient difficilement dénombrables car souvent informels. D'autres se sont également créés pour prendre en charge des populations spécifiques (précarité, toxicomanie) [30].

La reconnaissance de l'existence préalable de réseaux se fait grâce à la circulaire du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH [31]. Elle propose de leur attribuer, sous conditions, des moyens financiers de fonctionnement. Parallèlement commencent à se développer des réseaux sur d'autres thématiques telles que le cancer, le diabète, l'asthme, la gérontologie ou encore les soins palliatifs.

C'est en 1996, que les deux ordonnances Juppé introduisent le concept de réseaux de santé [32,33], c'est à dire de réseaux ayant à la fois une dimension médicale, psychologique et sociale.

Il faudra attendre la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé pour leur donner une définition commune et large (ils relevaient jusque-là de textes différents). Ainsi, on peut aujourd'hui lire dans le code de la santé publique l'article L6321-1 [34] qui stipule que : « *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. [...] Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.* »

2.2.2. Critères de qualité

Les réseaux de santé doivent procéder à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestation [34]. Ainsi, chaque réseau doit mettre en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques. Pour cela ils peuvent s'appuyer sur des référentiels, des protocoles et des actions de formation [35]. L'Anaes a donc créé un guide d'évaluation des réseaux de santé [36]. Ce guide stipule que l'évaluation doit notamment porter sur l'impact du réseau sur les pratiques médicales et en particulier sur le développement des relations transversales (entre professionnels, entre ville et hôpital, etc.).

2.2.3. SROS et réseaux de santé

Les SROS ont été créés en 1991 [37]. Ils déterminent la répartition géographique des installations et des activités de soins dans une région en fonction des besoins de santé physique et mentale de la population. Ils ont pour objet de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs. Ils favorisent les adaptations et les

complémentarités dans l'offre de soins et les coopérations entre établissements de santé.

Nous en sommes depuis 2004 à la troisième génération de SROS et dans leurs objectifs principaux on peut lire que « *le développement des réseaux de santé devra être fortement insité* » [38].

3. La psychiatrie de liaison [39]

3.1. Définition

La psychiatrie de liaison s'inscrit dans une approche globale du patient. Zumbrunnen la définit comme « *la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales* ». Elle s'adresse autant aux patients et à leurs familles qu'aux équipes soignantes qui en ont la charge. En effet, elle comprend :

- une activité de consultation, axée sur le patient, qui consiste à donner au confrère demandeur un avis spécialisé ;
- une activité de liaison, axée sur l'équipe soignante, qui consiste en la formation et la sensibilisation des soignants aux aspects psychologiques de leur activité.

3.2. Historique

La psychiatrie de liaison a émergé au États-Unis dans les années 1930. Elle est le fruit de la rencontre entre deux phénomènes. Premièrement, l'extension de la psychiatrie à d'autres domaines que l'« aliénation » ; deuxièmement, le fait que les hôpitaux généraux doivent gérer/traiter des patients souffrant de troubles psychiques en plus de leurs troubles physiques. E.-G Billings introduit le terme de « psychiatrie de liaison » pour la première fois dans littérature en 1939. En 1969, J.-Z. Lipowski publie un article fondateur du courant de la psychiatrie de liaison. En France, la psychiatrie de liaison se développe dans les années 1970.

Chapitre II : L'ETUDE

1. Matériel et méthode

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, et multicentrique.

1.2. Objectifs de l'étude

1.2.1. Hypothèse de travail

Notre hypothèse de travail était qu'en dépit des recommandations, les maternités continuent de rencontrer des difficultés dans la mise en place d'une prise en charge interdisciplinaire en ce qui concerne les patientes présentant une pathologie psychiatrique.

1.2.2. Objectif principal

L'objectif principal de notre étude était de faire un état des lieux de la prise en charge anténatale des patientes présentant une pathologie psychiatrique en évaluant l'interdisciplinarité et l'influence du niveau de la maternité.

1.2.3. Objectifs secondaires

En second lieu, nous avons cherché à évaluer qu'elles étaient les difficultés rencontrées dans ces prises en charges. Puis nous avons cherché à savoir s'il existait une différence de point de vue entre les gynécologues-obstétriciens chefs de service et les sages-femmes cadres. Enfin nous avons souhaité connaître les désirs des maternités quant à l'amélioration de ces prises en charge.

1.3. Outils de recherche

N'existant pas, à notre connaissance, de questionnaire évaluant la prise en charge qui nous intéressait, nous avons élaboré notre propre outil de recherche.

Nous l'avons construit sous la forme d'un questionnaire anonyme nous permettant de recueillir des informations sur l'ensemble des variables que nous avons cherché à évaluer (Annexe I).

Notre choix s'est porté sur ce type de questionnaire afin de favoriser la confiance des enquêtés et de limiter les biais de désirabilité.

Les items se présentaient sous la forme de questions à choix multiples afin de limiter la disparité des réponses. Cependant nous avons tout de même laissé une question ouverte à la fin, afin que les enquêtés puissent s'exprimer plus librement leurs souhaits quant à l'amélioration de la prise en charge de ces patientes.

Pour faciliter la compréhension des personnes interrogées, nous avons précisé que nous entendions par « patientes présentant une pathologie psychiatrique » toute patiente présentant un antécédent de suivi psychiatrique et/ou une prise de psychotrope et/ou une pathologie mentale actuelle, que vous considèreriez comme assez lourde pour avoir un impact sur la prise en charge obstétricale.

Les questions 1 à 4 visaient à établir les caractéristiques de notre population. Les renseignements qui ont été demandés sont la profession, le niveau de la maternité, le nombre de naissance par an et la fréquence par an de prise en charge de patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Les questions 5 à 12 permettaient d'évaluer l'interdisciplinarité dans la prise en charge de ces patientes.

Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir si les maternités avaient à leur disposition un(e) psychologue et/ou un staff pluridisciplinaire permettant de parler de la prise en charge de ces patientes et de quelle façon les sages-femmes et les obstétriciens y avaient recours (questions 5 à 8).

Ensuite nous avons tenté de savoir si ces patientes avaient un médecin référant pour leur pathologie et dans quelle mesure les sages-

femmes et les obstétriciens réussissaient à établir une stratégie de prise en charge commune avec ce médecin (questions 9 à 12).

Enfin, la question 15 avait pour but de savoir si ces grossesses avaient été programmées, c'est-à-dire discutées en pré-conceptionnel avec le médecin référent afin d'informer la patiente des risques, de lui expliquer la prise en charge et d'adapter les traitements.

Les questions 13 et 14 étaient destinées à savoir quelles difficultés le personnel rencontrait.

Enfin, la question 16 était une question ouverte qui devait permettre aux enquêtés de s'exprimer sur ce qu'ils aimeraient pour améliorer ces prises en charge.

1.4. Critères de sélection

1.4.1. Critères d'inclusion

Pour l'étude, nous avons décidé d'interroger tous les gynécologues-obstétriciens chefs de service et toutes les sages-femmes cadres des maternités d'Aquitaine soit 55 professionnels.

1.4.2. Critères d'exclusion

Les maternités hors Aquitaine ont été exclues de l'étude.

1.5. Réalisation pratique

L'étude s'est déroulée du 23 janvier au 8 avril 2013. Un courriel contenant une explication du projet a été envoyé aux professionnels sélectionnés (Annexe 2). Ce courriel contenait également un lien vers le questionnaire en ligne que les enquêtés pouvaient remplir de façon anonyme.

2. Analyse statistique

Les données ont été analysées à partir du logiciel Excel et les tests statistiques effectués à l'aide du logiciel R version 2.14.1. Pour savoir si notre échantillon était représentatif de la population nous avons utilisé un

test du Chi 2 d'indépendance. Pour comparer nos variables qualitatives, nous avons utilisé le test de Fisher car les effectifs attendus étaient inférieurs à 5. La valeur significative des résultats, c'est-à-dire établissant un lien entre les variables, a été fixée à une p-value (p) inférieure à 0,05.

Chapitre III : RESULTATS

1. Description de la population

Le recrutement a permis d'inclure 23 professionnels sur les 55 à qui le questionnaire a été envoyé soit 41,8% de réponse.

Tableau I : Caractéristiques de la population

Caractéristiques	Nombre	Fréquence (%)
Profession		
Sage-femme	17	73,9
Gynécologue-obstétricien	6	26,1
Niveau		
Niveau 1	11	47,8
Niveau 2	4	17,4
Niveau 3	8	34,8
Nombre d'accouchements		
< 1000/an	8	34,8
1000-2000/an	8	34,8
2000-3000/an	1	4,3
> 3000/an	6	26,1
Fréquence de patientes présentant une pathologie psychiatrique		
< une fois / an	1	4,3
1 à 2 fois / an	4	17,4
3 à 4 fois / an	3	13
> 4 fois / an	15	65,2

Sur les 23 professionnels ayant répondu, 73,9% étaient des sages-femmes cadres (contre 67,3% dans la population ciblée) et 26,1% étaient des gynécologues-obstétriciens chefs de service (contre 32,7% dans la population générale). De plus, 45,9% des cadres ont répondu contre seulement 33,3% des chefs de service. Il n'existait pas de différence significative concernant la profession entre l'échantillon étudié et la population ciblée (tableau II) même si les sages-femmes cadres ont plus participé à l'étude que les gynécologues obstétriciens. En effet, 45,9% des cadres ont répondu contre seulement 33,3% des chefs de service.

Nous avons également constaté que 47,8% des enquêtés travaillaient en maternité de niveau 1 (contre 45,5% dans la population ciblée), 17,4% en niveau 2 (contre 27,3% dans la population ciblée) et 34,8% en niveau 3 (contre 27,3% dans la population ciblée). Ainsi, il n'existait pas de différence significative concernant le niveau de maternité entre l'échantillon étudié et la population ciblée (tableau II).

Tableau II : Analyse de la représentativité de l'échantillon

Caractéristique	Echantillon	Population	Xo
Profession			0,46*
Sage-femme cadre	17	37	
Gynécologue-obstétricien chef de service	6	18	
Niveau			1,36*
Niveau 1	11	25	
Niveau 2	4	15	
Niveau 3	8	15	

*Test du Chi 2 d'indépendance

On peut voir dans le tableau ci-dessous que le nombre d'accouchement est en corrélation avec le niveau de la maternité. Les maternités de niveau plus élevé font plus d'accouchements.

Tableau III : Comparaison du nombre d'accouchement avec le niveau de la maternité

Nombre d'accouchements	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p-value
< 1000/an	7 (63,6%)	1 (25%)	0 (0%)	0.0001*
1000-2000/an	4 (36,4%)	3 (75%)	1 (12,5%)	
2000-3000/an	0 (0%)	0 (0%)	1 (12,5%)	
> 3000/an	0 (0%)	0 (0%)	6 (75%)	

*Fisher test

On observe que, plus les maternités font des accouchements, plus elles sont amenées à voir des patientes présentant une pathologie psychiatrique, même si ce résultat n'est pas statistiquement significatif (tableau IV).

Tableau VI : Comparaison de la fréquence de prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique avec le nombre d'accouchement.

Nombre d'accouchements	Fréquence patientes				p-value
	< 1 / an	1-2 / an	3-4 / an	> 4 / an	
< 1000/an	1 (12,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)	4 (50%)	NS*
1000-2000/an	0 (0%)	2 (25%)	2 (25%)	4 (50%)	
2000-3000/an	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
> 3000/an	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (100%)	

NS = non significatif *Fisher test

2. Etude de l'interdisciplinarité

2.1. Moyens à disposition des maternités

On constate que toutes les personnes interrogées ont dans leur maternité un(e) psychologue et/ou un staff. La majorité (65,2%) a un(e) psychologue et un staff (figure I), 21,7 % ont seulement un(e) psychologue et 13% seulement un staff.

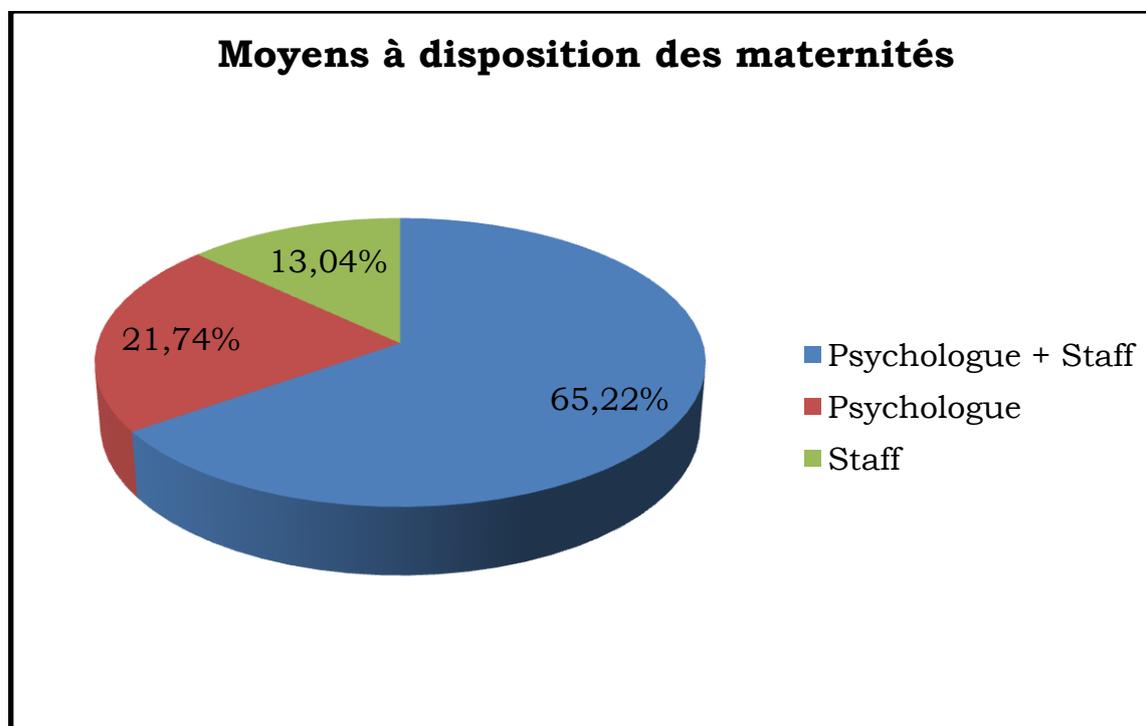


Figure I : Répartition en pourcentage des moyens à disposition des maternités.

2.2. Influence du niveau de la maternité sur les moyens mis à dispositions

Tableau V : Analyse croisée entre le niveau des maternités et les moyens mis à disposition

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p-value
Psychologue				NS*
Oui	9 (81,8%)	3 (75%)	8 (100%)	
Non	2 (18,2%)	1 (25%)	0 (0%)	
Staff				NS*
Oui	7 (63,6%)	3 (75%)	8 (100%)	
Non	4 (36,4%)	1 (25%)	0 (0%)	

NS=non significatif *Fisher test

- Présence d'un(e) psychologue attaché(e) à la maternité

Le niveau de la maternité n'influence pas significativement le fait d'avoir un(e) psychologue attaché(e) à la maternité. Cependant, on observe que les maternités de niveau 1 et 2 n'en ont pas toujours, contrairement aux maternités de niveau 3.

- Présence d'un staff permettant de parler des prises en charge des patientes

Il n'y a pas de différence significative entre les différents niveaux de maternités. Cependant, on observe que plus le niveau de la maternité est élevé, plus elle a tendance à avoir un staff.

2.3. Utilisation des moyens mis à disposition

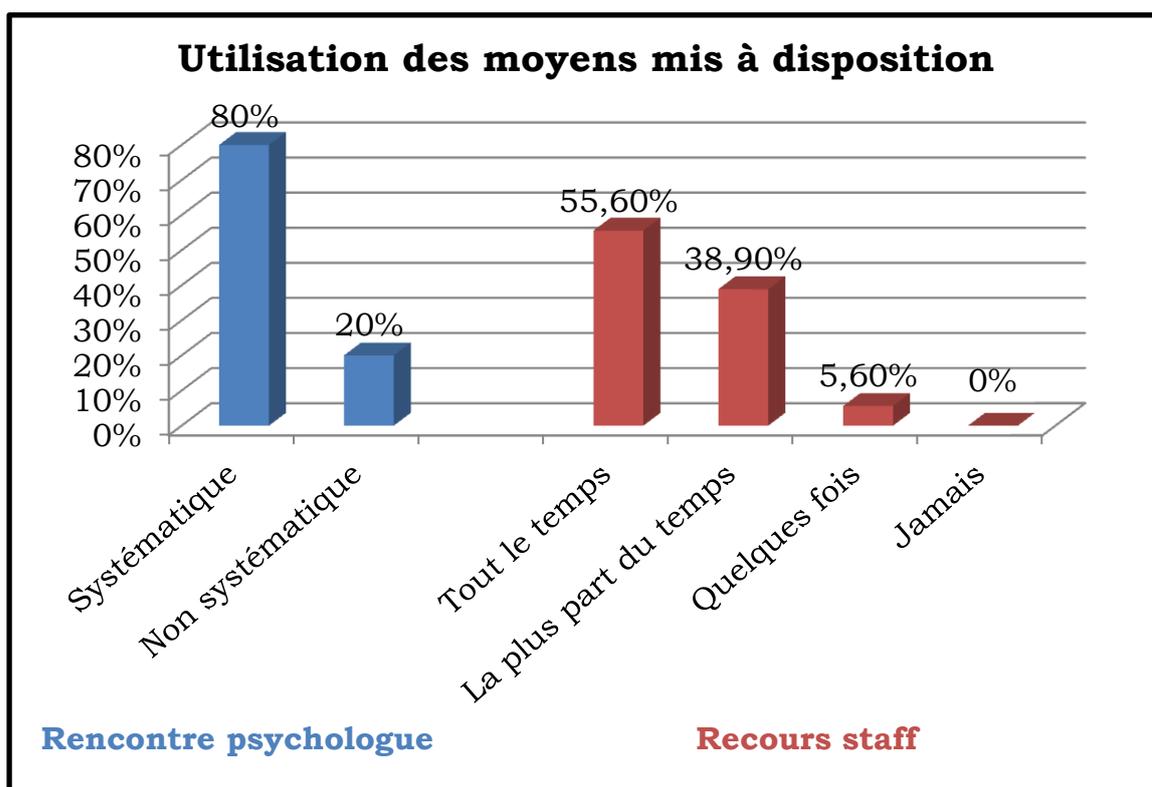


Figure II : Répartition en pourcentage de l'utilisation des moyens mis à disposition des maternités

- Rencontre avec le (la) psychologue

Les personnes interrogées dont la maternité a un(e) psychologue ont répondu en grande majorité (80%) qu'il (elle) rencontrait systématiquement les patientes présentant une pathologie psychiatrique (figure II).

- Recours au staff

Lorsque leur maternité a un staff permettant de parler de ces patientes, un peu plus de la moitié (55,6%) des personnes interrogées disent y avoir tout le temps recours, 38,9% y ont recours la plus part du temps et 5,6% seulement quelques fois.

2.4. Communication avec le médecin référent

- Courrier à l'attention du professionnel

Sur les 23 professionnels interrogés, seulement 2 ont répondu que les patientes présentant des pathologies psychiatriques étaient toujours adressées à la maternité avec un courrier retraçant l'histoire de leur maladie (figure III). Presque la moitié (47,8%) dit que cela arrive quelque fois, un peu plus du quart (26,1%) dit que c'est le cas la plus part du temps et 4 professionnels (17,4%) ont répondu que cela n'arrivait jamais.

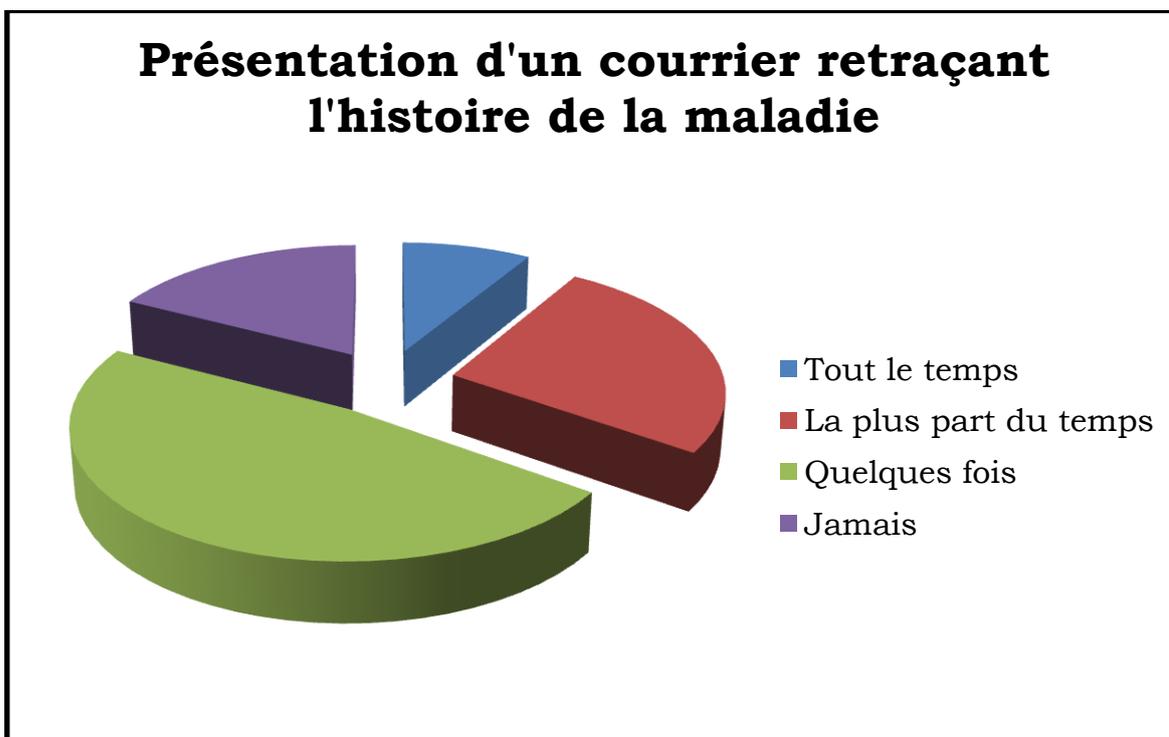


Figure III : Répartition de la fréquence des patientes se présentant à la maternité avec un courrier retraçant l'histoire de leur maladie.

La moitié des personnes interrogées ont répondu que ce courrier provenait le plus souvent du psychiatre de la patiente. Presque un quart (22,2%) ont répondu qu'il provenait le plus souvent du gynécologue et autant ont répondu que c'était plutôt du médecin généraliste. Seulement une personne a répondu que le courrier provenait plus souvent des services sociaux.

- Contact avec le médecin référent

Nous avons pu constater que 34,8% des enquêtés ont répondu que les professionnels qui prennent en charge les patientes prenaient toujours contact avec le médecin référent, 43,5% prennent contact la plus part du temps et 21,7% ne prennent contact que quelques fois (figure IV). On observe donc que les professionnels essaient toujours plus ou moins de prendre contact avec le médecin référent qui suit la patiente pour sa pathologie psychiatrique

Plus de la moitié (68,2%) des enquêtés disent que les professionnels de leur maternité rencontrent quelques fois des difficultés pour établir une stratégie de prise en charge commune avec ce médecin référent. Une plus petite partie (18,2%) disent ne jamais rencontrer de difficultés, et 13,6% estiment en rencontrer la plus part du temps.

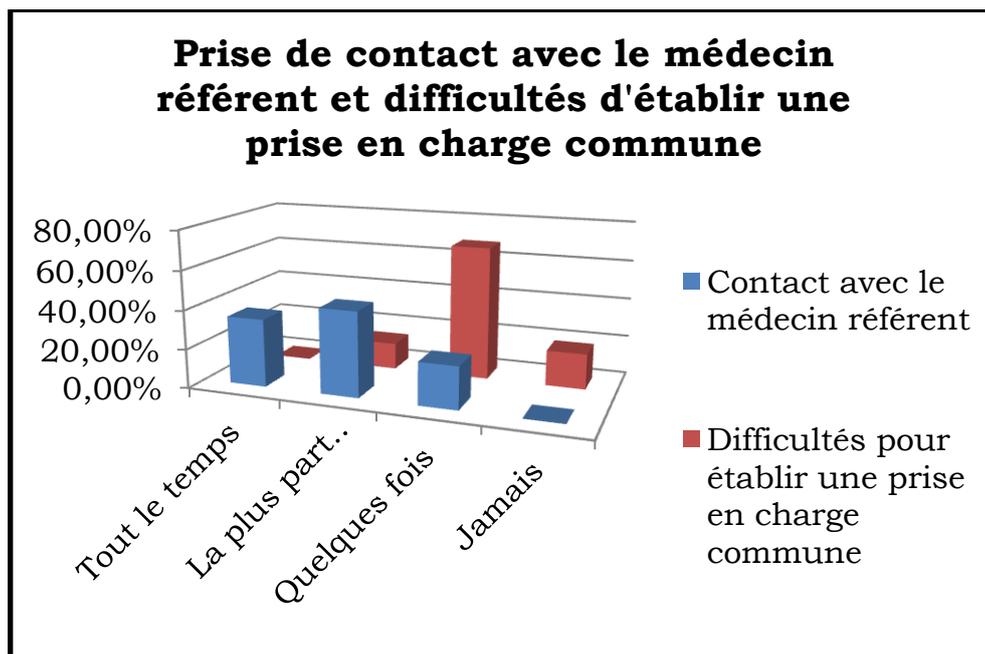


Figure IV : Répartitions en pourcentage de la prise de contact avec le médecin référent et des difficultés d'établir une prise en charge commune

Il n'y a pas de lien entre le fait de moins prendre contact avec le médecin référent et le fait de rencontrer des difficultés dans l'établissement d'une stratégie de prise en charge commune avec celui-ci (p=0,1834).

- Discussion des grossesses en pré-conceptionnel

On observe que les grossesses des patientes présentant une pathologie psychiatrique sont peu souvent discutées en pré-conceptionnel. En effet, une très grande majorité des personnes interrogées ont répondu que c'était seulement quelques fois (52,2%) voire jamais (39,1%) le cas. Seulement une personne a estimé que c'était tout le temps fait et une autre la plus part du temps.

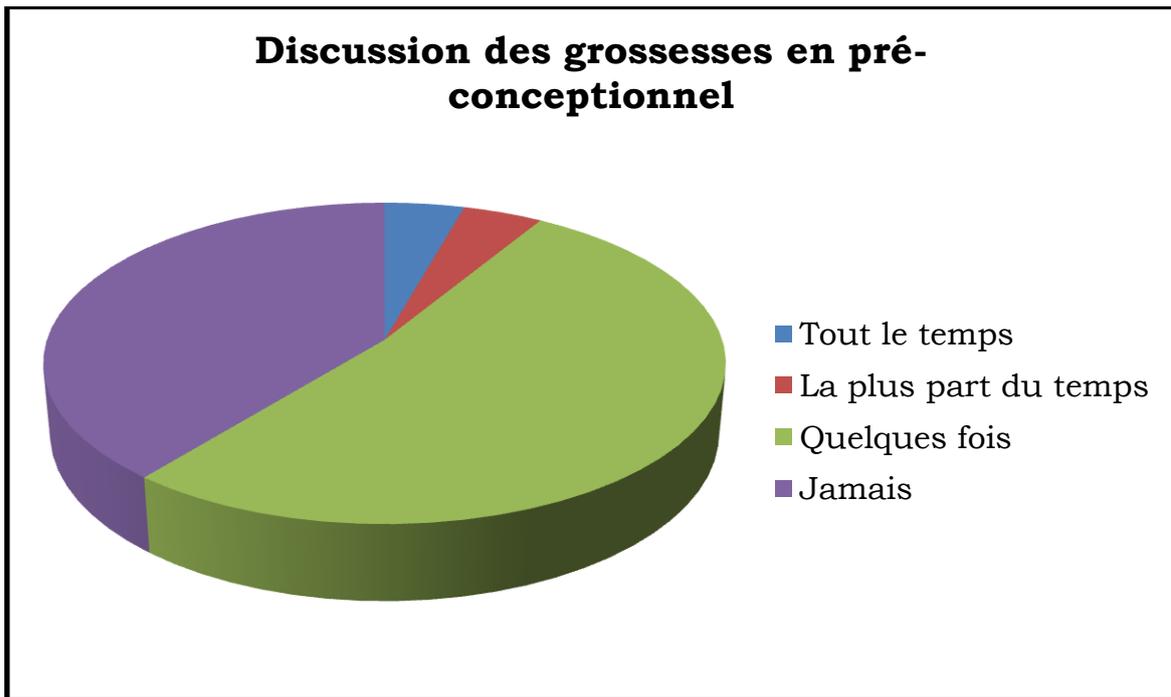


Figure V : Distribution de la fréquence de discussion des grossesses en pré-conceptionnel

3. Etude des difficultés rencontrées

3.1. Description des difficultés rencontrées

A la question « Le personnel rencontre-t-il généralement des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ? », la majorité des enquêtés (65,2%) a répondu que oui.

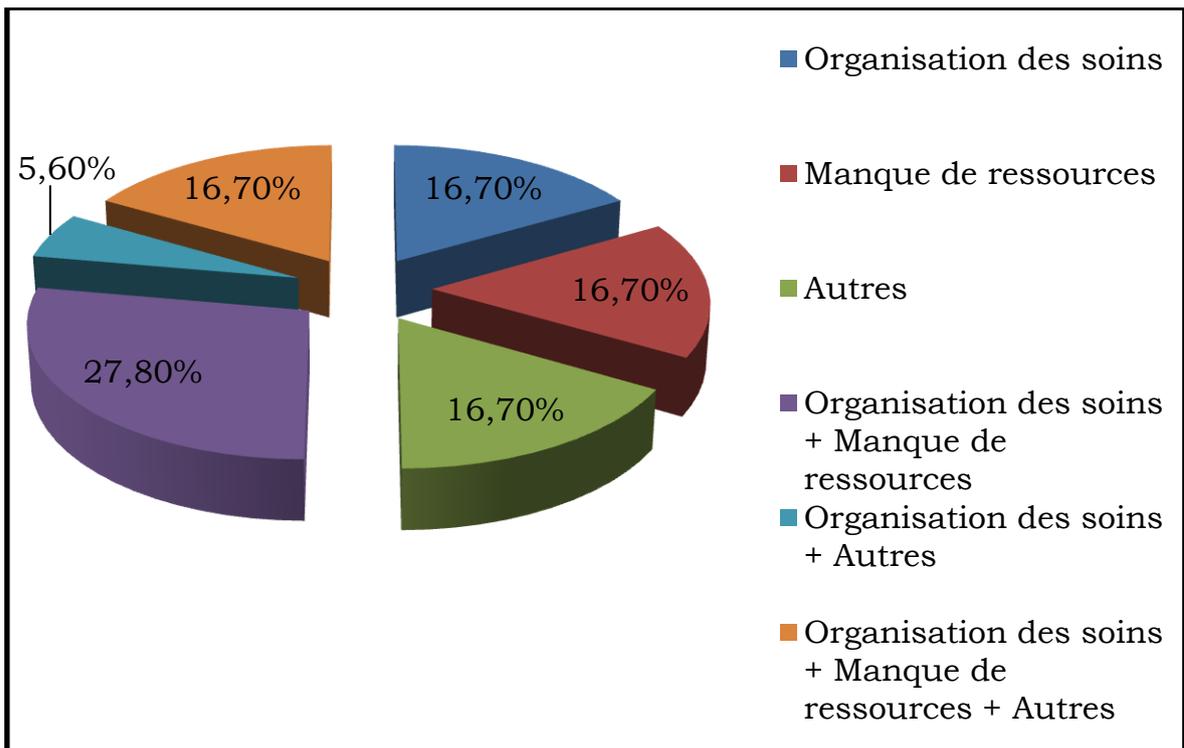


Figure VI : Répartition en pourcentage des types de difficultés rencontrées

Ceux qui ont répondu oui pensaient que ces difficultés étaient :

- Liées à l'organisation des soins (16,7%) ;
- Dues à un manque de ressources au niveau local (16,7%) ;
- Relatives à d'autres raisons : équipe peu habituée à ce type de pathologie, freins au lien, relationnel difficile avec les patientes (16,7%) ;
- Concomitantes d'un problème d'organisation des soins et d'un manque de ressources au niveau local (27,8%) ;
- Dues à l'organisation des soins et à autre chose tel que le manque de temps (5,6%) ;
- Liées à l'organisation des soins, à un manque de ressources au niveau local et à une autre raison, principalement aux discordances dans les conduites à tenir (16,7%).

3.2. Influence des caractéristiques de la population sur le fait de rencontrer des difficultés

Tableau VI : Analyse croisée entre le fait de rencontrer des difficultés et les caractéristiques de l'échantillon

	Rencontre des difficultés	Ne rencontre pas de difficultés	p-value
Effectif	15 (65,2%)	8 (34,8%)	
Niveau 1	6 (54,5%)	5 (45,5%)	NS*
Niveau 2	3 (75%)	1 (25%)	
Niveau 3	6 (75%)	2 (25%)	
Sage-femme	11 (64,7%)	6 (35,3%)	1*
Gynécologue-obstétricien	4 (66,7%)	2 (33,3%)	
Psychologue	13 (65%)	7 (35%)	1*
Pas de psychologue	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Staff	12 (66,7%)	6 (33,3%)	1*
Pas de staff	3 (60%)	2 (40%)	

NS = non significatif *Fisher test

- Niveau de la maternité

Sur le fait de rencontrer ou non des difficultés dans la prise en charge de patientes présentant une pathologie psychiatrique, on constate que le niveau de la maternité dans laquelle travaille le professionnel n'a pas d'influence significative. Cependant les professionnels des maternités de niveau 1 semblent rencontrer moins de difficultés que les autres, même si cette différence n'est pas significative.

- Profession

Les gynécologues-obstétriciens chefs de service semblent avoir le même ressenti que les sages-femmes cadres quant au fait de rencontrer des difficultés (p=1).

- Présence d'un(e) psychologue attaché(e) à la maternité

La présence d'un(e) psychologue attaché(e) à la maternité ne diminue pas le taux de difficultés rencontrées dans la prise en charge de patiente présentant une pathologie psychiatrique (p=1).

- Présence d'un staff

La présence d'un staff permettant de parler des patientes présentant une pathologie psychiatrique ne semble pas modifier le taux de difficultés rencontrées dans leur prise en charge.

3.3. Influence de la discussion pré-conceptionnelle des grossesses sur le fait de rencontrer des difficultés

Tableau VII : Analyse croisée entre le fait de rencontrer des difficultés de prise en charge et la discussion pré-conceptionnelle des grossesses.

	Rencontre des difficultés	Ne rencontre pas de difficultés	p-value
Effectif	15 (65,2%)	8 (34,8%)	
Discussion en pré-conceptionnelle			NS*
Tout le temps	0 (0%)	1 (100%)	
La plus part du temps	0 (0%)	1 (100%)	
Quelques fois	10 (83,3%)	2 (16,7%)	
Jamais	5 (55,6%)	4 (44,4%)	

NS = Non significatif *Fisher test

La discussion pré-conceptionnelle des grossesses n'influence pas significativement le fait de rencontrer ou non des difficultés dans la prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique (p=0,1397).

Cependant, on observe que les personnes interrogées qui ont répondu que ces grossesses étaient la plus part du temps voire toujours discutées en pré-conceptionnel ne rencontrent pas de difficultés dans la prise en charge de ces patientes.

3.4. Influence du niveau de maternité sur le type de difficultés rencontrées

Tableau VIII : Analyse croisée entre le niveau des maternités et le type de difficultés rencontrées

Type de difficultés	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	p-value
Organisation des soins				NS*
Oui	4 (57,1%)	2 (50%)	6 (85,7%)	
Non	3 (42,9%)	2 (50%)	1 (14,3%)	
Manque de ressources				1*
Oui	4 (57,1%)	3 (75%)	4 (57,1%)	
Non	3 (42,9%)	1 (25%)	3 (42,9%)	

NS = Non significative *Fisher test

- Organisation des soins

L'influence du niveau de la maternité sur les difficultés d'organisation des soins n'est pas significative. Cependant, on observe que les maternités de niveau 3 semblent avoir plus de difficultés dans ce domaine.

- Manque de ressources au niveau local

Concernant le manque de ressources au niveau local, les difficultés sont sensiblement les mêmes quelque soit le niveau de la maternité (p=1).

4. Améliorations envisagées

A la question « Que pensez-vous qu'il faudrait apporter pour vous aider dans ces prises en charge difficile », certains propos reviennent souvent et ont pu être classé dans les thèmes suivants :

- Plus de communication entre les différents intervenants (26,09%)
- Avoir plus de temps à consacrer à ces patientes (13,04%)
- Avoir un(e) psychologue attaché(e) à la maternité (pour ceux qui n'en ont pas) (13,04%)
- Avoir un psychiatre attaché à l'établissement (13,04% de l'échantillon soit 17,65% des sages-femmes cadres)
- Pour les sages-femmes : avoir une meilleure formation sur ces pathologies (13,04%)

- Eviter les discordances dans les conduites à tenir, faire une harmonisation des pratiques (8,7%)

Chapitre IV : ANALYSE DES RESULTATS, DISCUSSION

1. Analyse des résultats

1.1. Population étudiée

Nous avons décidé de cibler notre population sur les gynécologues obstétriciens chefs de service et les sages-femmes cadres des maternités d'Aquitaine. Notre choix s'est porté sur cette population plutôt que sur l'ensemble des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens des maternités pour des raisons de faisabilité de l'étude dans le temps imparti et parce que nous pensions avoir un meilleur taux de réponse de la part des cadres et des chefs de services. Nous avons souhaité interroger des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens afin de savoir s'ils avaient des avis divergents sur la question.

Nous avons choisi de porter notre étude sur l'ensemble des maternités d'Aquitaine afin de limiter les biais de sélection.

Le choix de cette population a contribué à la difficulté d'obtention d'un grand échantillon. Cependant, nous avons pu obtenir un échantillon plutôt représentatif de la population ciblée lorsqu'on se base sur la profession et le niveau de la maternité puisque nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre ces deux populations.

Le taux de participation a été plus élevé chez les sages-femmes cadres que chez les gynécologues-obstétriciens chefs de service ce qui montre peut-être un plus grand intérêt pour l'étude de la part des sages-femmes. Cependant on ne peut pas l'affirmer puisqu'il n'y avait pas de différence significative concernant la répartition des professions entre l'échantillon et la population ciblée.

Dans notre échantillon, le nombre d'accouchements était en corrélation avec le niveau de la maternité, ce qui est également le cas dans

la population générale. Cela nous a permis de montrer que les personnes interrogées avaient correctement remplis le questionnaire.

La population a ensuite été divisée en plusieurs groupes :

- Exerçant dans une maternité de niveau 1, 2 ou 3
- Selon la profession (sage-femme cadre/gynécologue-obstétricien chef de service)
- Ayant ou non un(e) psychologue attaché(e) à la maternité
- Ayant ou non un staff permettant de discuter des patientes présentant une pathologie psychiatrique

1.2. Interdisciplinarité

Nous avons voulu évaluer l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique chronique.

Pour cela, nous avons inclus plusieurs questions concernant les moyens mis à disposition des maternités et la communication avec le médecin référent.

1.2.1. Moyens mis à disposition des maternités

- Etat des lieux

Nous avons observé que tous les professionnels ayant participé à notre étude ont au moins un(e) psychologue attaché(e) à leur maternité et/ou un staff permettant de parler des patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Il nous semble cependant difficile d'avoir un staff compétant pour parler de ces patientes sans la présence d'un(e) psychologue. En effet, les staffs pluridisciplinaires de psychiatrie périnatale sont en général composés, entre autres, d'un(e) psychologue.

Nous pouvons expliquer cette non concordance des réponses par le fait que nous n'avons pas précisé ce que nous entendions par « staff » dans notre questionnaire. En effet, nous aurions peut-être dû préciser qu'il s'agissait ici d'un staff médico-psycho-social pluridisciplinaire.

Nous avons également constaté que si le niveau de la maternité n'influence pas significativement les moyens mis à disposition, on remarque quand même une tendance à l'augmentation de moyens en fonction du niveau de la maternité. Ceci nous conforte dans l'idée que les petites maternités, souvent isolées, se trouvent parfois sans moyens efficaces pour prendre en charge ces patientes au sein de leur établissement.

- Utilisation

Notre étude nous a montré que les professionnels de santé avaient largement recours aux moyens mis à leur disposition pour prendre en charge les patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Nous pouvons donc penser que s'ils y ont recours c'est que ces moyens ont une réelle utilité dans la prise en charge de ces patientes.

1.2.2. Médecin référent

- Communication pendant la grossesse

Nous avons constaté que dans la majorité des cas, les patientes présentant un trouble psychiatrique chronique n'étaient que quelques fois adressées à la maternité avec un courrier retraçant l'histoire de la maladie. Cependant, les professionnels de santé qui prennent en charge ces patientes essaient le plus souvent de prendre contact avec le médecin référent pour leur pathologie. Ainsi, nous pouvons être amenés à penser que la prise de contact se fait la plus part du temps dans le même sens, à savoir de la maternité vers le médecin référent.

De plus, les enquêtés ont répondu qu'ils ne rencontraient pas, dans la plus part des cas de difficultés pour établir une prise en charge commune avec ce médecin référent. Par conséquent, on peut penser que la communication entre le médecin référent (qui s'avère être un psychiatre dans un cas sur deux) et les professionnels des maternités se fait plutôt bien lorsque le contact est pris.

- Discussion pré-conceptionnelle

Il nous est apparu clairement, d'après les résultats de notre enquête, que les grossesses des patientes présentant une pathologie psychiatrique n'étaient jamais ou rarement discutées en pré-conceptionnel avec le médecin référent. Pourtant, il paraît indispensable d'informer les patientes des risques de décompensation et de la nécessité d'adapter les traitements [40].

Cependant, les professionnels des maternités ne sont peut-être pas forcément toujours au courant que les grossesses ont été discutées en pré-conceptionnel avec le médecin référent

Néanmoins, cela nous montre tout de même un ressenti très net à ce sujet de la part des professionnels de santé en maternité. De plus, si ce sont effectivement des grossesses discutées en pré-conceptionnel, pourquoi ne pas aller dans la continuité de cette prise en charge en adressant aux professionnels des maternités un courrier retraçant l'histoire de la maladie ?

1.3. Difficultés rencontrées

Nous avons souhaité évaluer les difficultés rencontrées par les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens dans la prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Nous avons pu constater que la majorité (65,2%) des personnes interrogées ont le sentiment que le personnel rencontre généralement des difficultés dans la prise en charge de ces patientes.

Ce constat confirme notre hypothèse de départ quant au fait que les professionnels de santé continuent de rencontrer des difficultés malgré les dernières recommandations concernant les prises en charge de ces patientes.

Néanmoins, notre faible effectif a pu conduire à une sur ou sous-estimation de ce taux.

Pour ce qui est du type de difficulté rencontrée, elles sont finalement de l'ordre de l'organisation des soins et du manque de ressources au niveau local.

Le fait d'avoir laissé cette question semi-ouverte, en proposant une troisième réponse alternative, nous a permis de cibler d'autres difficultés auxquelles nous n'avions pas pensé spontanément telles que le manque de temps ou les discordances des conduites à tenir. Ces difficultés ont d'ailleurs été souvent reprises dans la dernière question ouverte sur les améliorations envisagées.

1.3.1. Particularité de la population rencontrant des difficultés dans la prise en charge

- Niveau de la maternité

Nous avons été étonné de constater que, dans notre échantillon, si le niveau de la maternité n'influçait pas significativement le fait de rencontrer ou non des difficultés, les professionnels des maternités de niveau 1 semblaient, de manière non significative, être moins nombreux à en rencontrer (54,5% contre 75% dans les maternités de niveaux 2 et 3)

En effet, nous étions partis du postulat que les maternités de niveaux 1 et 2 devaient certainement rencontrer plus de difficultés du fait qu'elles sont souvent plus isolées géographiquement et que, par conséquent, l'étayage d'un réseau de proximité nous semblait plus difficile.

Nous pouvons peut-être expliquer cela encore une fois par la petite taille de notre échantillon. De plus, le taux de réponse des professionnels travaillant en maternités de niveaux 2 et 3 est moins important que celui des professionnels des maternités de niveau 1. Ces deux facteurs peuvent expliquer les disparités entre les résultats attendus et ceux obtenus.

Cependant, nous pourrions également envisager que les petites maternités rencontrent moins de difficultés car la taille de leur structure facilite peut-être la communication entre les professionnels.

- Profession

Nous avons pu constater que les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens avaient sensiblement le même ressenti quant au fait de rencontrer des difficultés dans la prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Cependant, ce résultat est discutable du fait que nous n'avons interrogé que les cadres et les chefs de services qui n'ont qu'une vision globale des difficultés rencontrées par les professionnels de leur maternité. Peut-être qu'une étude visant l'ensemble des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens montrerait un résultat différent.

- Psychologue, staff

Nous avons été surpris de constater que le fait d'avoir un(e) psychologue attaché(e) à la maternité et/ou un staff pour parler des patientes présentant une pathologie psychiatrique ne semblait pas influencer le fait de rencontrer ou non des difficultés.

Il nous paraissait logique que les maternités ne disposant pas d'un staff ou d'un(e) psychologue devait rencontrer plus souvent des difficultés de prise en charge.

Cependant, encore une fois, le manque de puissance de notre étude et le fait que nous n'ayons pas précisé ce que nous entendions par « staff » ne nous permet pas d'affirmer que c'est le fait d'avoir un(e) psychologue ou un staff qui influence ou non le fait de rencontrer ou pas des difficultés.

1.3.2. Discussion pré-conceptionnelle et difficultés rencontrées

Sur ce point, les résultats ont confirmé ce que nous pensions. En effet, la discussion des grossesses en pré-conceptionnel diminue le taux de difficultés rencontrées. Si la différence n'est pas significative, on observe quand même une forte tendance. De plus, le fait que nous ayons un petit échantillon explique certainement la non significativité des résultats

1.3.3. Niveau de maternité et type de difficultés

Concernant le lien entre le niveau de la maternité et le type de difficultés rencontrées (organisation des soins, manque de ressources au niveau local), nous n'avons pas constaté de différences significatives.

Il semblerait donc que, quelque soit la localisation de la maternité, les difficultés rencontrées soient du même type.

1.4. Propositions des professionnels

Nous avons pu constater que le souhait principal des professionnels des maternités serait une meilleure communication entre les différents intervenants sur les cas de patientes présentant une pathologie psychiatrique.

Nous pensons que cela est peut être lié au fait que, ne travaillant pas tous dans les mêmes structures, les différents corps professionnels (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, psychiatres, psychologues, assistantes sociales...) ne connaissent pas assez les champs et domaines de compétences les uns des autres (qui pourtant, se recoupent) pour réussir à travailler correctement ensemble. Or, comme le dit Françoise Molénat [41], il faut que chacun soit à sa place « *dans une bonne connaissance de celle des autres.* »

De plus, une partie des personnes interrogées souhaiterait avoir plus de temps à consacrer à ces patientes. Ce problème de sentiment de manque de temps avait déjà été souligné dans un rapport à la DHOS en 2004 [42]. Nous pouvons ici pointer le fait que les temps de consultations prénatales habituels ne sont pas adaptés à toutes les patientes, particulièrement en ce qui concerne les patientes présentant une pathologie psychiatrique.

En ce qui concerne le fait d'avoir un(e) psychologue attaché(e) à la maternité pour celles qui n'en ont pas, cela nous paraît nécessaire pour une prise en charge et un suivi optimal.

Le fait d'avoir un(e) psychiatre attaché(e) à l'établissement a été demandé dans 13,04% des cas. En effet, il serait certainement bénéfique que chaque maternité ait au moins un psychiatre référent à qui demander conseil lors de la prise en charge de patientes présentant une pathologie psychiatrique. Nous pourrions envisager cette collaboration dans le cadre des réseaux ville-hôpital. Peut-être qu'à ce moment-là, ce psychiatre aurait plus de facilité à se mettre en contact et à communiquer avec le médecin référent de la patiente pour sa pathologie. La présence d'un psychiatre à la maternité pourrait s'intégrer dans le cadre d'un réseau ville-hôpital.

Une partie des sages-femmes (17,65%) souhaiterait une meilleure formation sur ces pathologies durant leurs études. Ce souhait n'a pas été retrouvé chez les gynécologues-obstétriciens. Cependant, nous avons vu précédemment que les gynécologues-obstétriciens ne semblaient pas ressentir moins de difficultés dans la prise en charge de ces patientes. Ainsi, on pourrait penser que soit les gynécologues-obstétriciens ont l'impression d'avoir une formation suffisante à ce sujet, soit le problème ne vient pas du manque de formation en ce qui concerne les sages-femmes.

Enfin, une petite partie des personnes interrogées nous a répondu qu'il serait bon d'harmoniser les pratiques afin d'éviter les discordances dans les conduites à tenir. Il est vrai que les différents intervenants dans la prise en charge des femmes enceintes présentant une pathologie psychiatrique doivent communiquer pour travailler ensemble et établir une prise en charge commune. En revanche, il faut bien préciser qu'on ne peut pas harmoniser les pratiques pour toutes les patientes car ce sont des prises en charge qui sont différentes selon cas (en ce qui concerne l'adaptation des traitements notamment).

C'est là toute la difficulté de la prise en charge pendant la grossesse des patientes présentant une pathologie psychiatrique. Cependant, éviter la systématisation dans la prise en charge des patients en général n'est-il pas une nécessité et même un devoir de la part de tous

les professionnels de santé ? Cela est d'autant plus vrai en psychiatrie où les contextes médicaux et sociaux se recourent.

2. Propositions

Il aurait été intéressant de ne pas seulement interroger les cadres et les chefs de service mais toutes les sages-femmes et tous les gynécologues-obstétriciens des maternités d'Aquitaine afin d'avoir un échantillon plus grand mais aussi parce que les cadres et les chefs de services n'ont peut être pas le même point de vue que le reste des professionnels. En effet, nous pouvons penser qu'ils ont un point de vue plus organisationnel du fait qu'ils sont moins en relation directe avec ces patientes.

Un questionnaire plus rigoureux, incluant les précisions évoquées précédemment aurait peut être permis d'obtenir des réponses plus précises, permettant une analyse plus fine. Nous aurions également pu ajouter un item pour savoir si la personne interrogée travaillait dans une maternité publique ou privée afin d'évaluer les possibles disparités entre les deux.

Une étude qualitative sur la base d'entretiens avec les professionnels de maternité pourrait être également intéressante car elle permettrait de mieux cibler les difficultés de chacun. Ce type d'étude a déjà été fait à Montpellier dans le cadre d'une mission confiée à la pédopsychiatre Françoise Molénat par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Le but de cette mission était de définir des recommandations sur la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Les conclusions de ce travail ont été retranscrites sous la forme d'un rapport [42] élaboré sur la base d'entretiens individuels avec des professionnels, notamment des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens.

De plus, nous savons que la représentation sociale de la pathologie mentale dans la population générale reste encore très péjorative à ce jour [43]. Nous pouvons donc penser que cela se retrouve également chez les

soignants qui ont chacun leur représentation personnelle qui va impacter dans la façon de prendre en charge ces patientes. Des entretiens individuels auraient, encore une fois, permis de déceler cela.

Cependant, la confirmation de notre hypothèse concernant les difficultés de prise en charge rencontrées par les professionnels de santé nous a conduits à réfléchir à une amélioration des pratiques.

Il serait intéressant d'instaurer des temps de rencontre entre les différents intervenants, pas seulement pour parler des patientes (présentation, reprises de cas...), mais pour établir un réseau de proximité lorsque ce n'est pas le cas. Pour prendre le temps de se parler des difficultés rencontrées entre professionnels et d'essayer de les résoudre au mieux. En effet, comme le dit Françoise Molénat [41], il faut « *travailler dans une bonne communication* » pour « *réduire les interventions grâce à un meilleur ajustement de l'axe* ».

De plus, une formation continue des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens sur les pathologies psychiatrique pourrait être intéressante. En effet, les sages-femmes semblent ressentir des lacunes à ce niveau-là. La loi HPST du 29 juillet 2009 a instauré l'obligation de développement professionnel continu (DPC) pour l'ensemble des professionnels de santé [44]. Le DPC a notamment pour objectif le perfectionnement des connaissances dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Les professionnels qui le souhaitent peuvent également passer un diplôme universitaire de psychiatrie périnatale ou de maternologie.

La création, au sein du réseau périnat Aquitaine, de postes de sages-femmes coordinatrices du territoire donne une nouvelle perspective d'avenir. En effet, elles devraient permettre, à long terme, une meilleure coordination du travail des professionnels de santé permettant ainsi une continuité de prise en charge. Le travail des infirmières de liaison du réseau de psychiatrie périnatale va également dans ce sens.

L'idée serait d'avoir une bonne prévention primaire : dépistage des patientes vulnérables atteintes, par exemple, de troubles de l'humeur ou encore de patientes sous traitements psychotropes. Cela permettrait d'éviter, en partie, les épisodes aigus. Au sein du réseau de psychiatrie périnatale de l'hôpital Charles Perrens, cette prévention primaire se fait sous la forme de consultations qui peuvent se dérouler dans les locaux du réseau comme à la maternité. Il existe également une activité de psychiatrie de liaison au chevet des patientes [12].

La prévention primaire passe notamment par l'entretien prénatal précoce (EPP). En effet, depuis 2005, les professionnels de la naissance et notamment les sages-femmes, sont invités à proposer aux patientes un entretien (individuel ou en couple) au 4^e mois de grossesse [10,45,46]. Cet entretien a pour but, entre autres, de dépister précocement les vulnérabilités maternelles [46]. Comme l'indique Françoise Molénat dans son rapport à la DHOS [42], au travers de cet entretien le professionnel pourra percevoir un malaise dans la communication qui éveillera sa vigilance et qui n'aurait pas forcément pu être décelé dans un simple interrogatoire en consultation classique. La sage-femme prend donc ici une place importante dans le dépistage des situations à risque.

De plus lors des staffs pluridisciplinaire médico-psycho-sociaux se pose le problème de la transmission de l'information. En effet, si elle est autorisée entre professionnels de santé d'une même structure, la présence de d'intervenants extérieurs (sage-femme/puéricultrice de PMI, psychiatre, psychologue...), bien que nécessaire, peut poser problème. En effet, d'après le code de la santé publique : « *Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.* » [47]. Cependant, la loi stipule également que : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en*

charge sanitaire possible. ». Ainsi, la mise en place d'une fiche d'information à l'attention des patientes les informant de l'existence d'une réunion multidisciplinaire, de son but et de ses différents intervenants pourrait être une solution.

Conclusion

Cette étude portait sur l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patientes présentant une pathologie psychiatrique. Il s'agissait de faire un état des lieux de cette prise en charge dans les maternités d'Aquitaine. De plus nous nous sommes intéressées aux différences entre les niveaux de maternité et aux difficultés rencontrées.

L'étude a montré que si la plus part des maternités avaient des moyens mis à disposition (psychologue, staff), une majorité dit rencontrer des difficultés dans la prise en charge de patientes souffrant de trouble psychiatrique.

D'autre part, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens prennent assez souvent contact avec le médecin référent, ils ont l'impression que la plus part du temps ces grossesses n'ont pas été discuté en pré-conceptionnel et ils reçoivent rarement un courrier retraçant l'histoire de la maladie de la part du médecin référent.

Notre hypothèse selon laquelle les maternités rencontraient des difficultés à mettre en place une prise en charge interdisciplinaire de ces patientes semble confirmée.

Cependant nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre les difficultés rencontrées et les niveaux de maternité.

Néanmoins ces données sont à nuancer en raison du manque de puissance de notre étude et des biais de recrutement. Il est tout à fait possible que ces résultats ne soient pas retrouvés en incluant toutes les sages-femmes et tous les gynécologues-obstétriciens.

Aux vues de nos résultats et en raison des risques présentés pour ces femmes en période périnatale, nous avons réfléchi à une possibilité d'amélioration des pratiques.

Des temps de rencontre entre professionnels de la périnatalité et professionnels de la psychiatrie ainsi que des temps de formation continue en psychiatrie périnatale des professionnels en maternité nous semblent être pertinents. Cela pourrait améliorer la communication entre les différents intervenants, créer du lien et rassurer les professionnels de périnatalité sur leur savoir dans ce domaine.

La sage-femme garde un rôle prépondérant dans le dépistage de ces situations à risque notamment grâce à l'EPP. Elle participe de façon active à la prise en charge multidisciplinaire de ces patientes. Elle peut, de par son rôle d'accompagnement des femmes tout au long de la grossesse et du post partum, assurer la continuité nécessaire à cette prise en charge.

Bibliographie

- [1] Chatillon O, Even C. La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic, traitement. *L'Encéphale*. 2010 Déc;36(6):443-451.
- [2] HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Décembre 2009. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_argumentaire.pdf
- [3] Viguera MD, Whitfield SD, Baldessarini MD, Newport MD, Stowe MD, Reminick BA, et al. Risk of Recurrence in Women With Bipolar Disorder During Pregnancy : Prospective Study of Mood Stabilizer Discontinuation. *Am. J. Psychiatry*. 2007 Dec 1;164(12):1817-1824.
- [4] Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am. J. Psychiatry*. 2005 Janv;162(1):79-91.
- [5] AFFSAPS. Livret Médicaments et Grossesse. Psychiatrie. Version n°4. Novembre 2007.
- [6] Smadja J, Barroso A, Persini C. Schizophrénie et grossesse. *Vocation Sage-Femme*. 2011;10(88):10-20.
- [7] Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric Complications and Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review. *Am. J. Psychiatry*. 2002 Juill 1;159(7):1080-1092.
- [8] Guedeney A. Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie psychiatrique chronique. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* 2000;29:39-42.
- [9] Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Octobre 2003. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000589/index.shtml>
- [10] Circulaire DHOS/DGS/O2/6 n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm>

- [11] HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf
- [12] Glatny-Dallay E, Sutter-Dallay AL, Loustau N. Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale. *J. Psychol.* 2008 août 1;261(8):26-28.
- [13] Sutter-Dallay AL, Guédeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *Emc - Psychiatr.* 2010 Janv;7(1):1-8.
- [14] Chardeau P, Lafont V. Unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *Emc - Psychiatr.* 2007 Janv;4(4):1-10.
- [15] Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression : a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2003;107(1):10-7.
- [16] Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression : a synthesis of recent literature. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2004 Juill;26(4):289-295.
- [17] Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. *Revue et synthèse. J. Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* oct 2007;36(6):549-561.
- [18] Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J. Clin. Psychiatry.* 2006 août;67(8):1285-1298.
- [19] MacCabe JH, Martinsson L, Lichtenstein P, et al. Adverse pregnancy outcomes in mothers with affective psychosis. *Bipolar Disord.* 2007;9(3):305-9.
- [20] Sutter-Dallay AL. Psychose et maternité. *Inf. Psychiatr.* 2010 Févr 1;86(2):153-161.
- [21] Heron J, Robertson Blackmore E, McGuinness M, Craddock N, Jones I. No « latent period » in the onset of bipolar affective puerperal psychosis. *Arch Womens Ment Health.* 2007;10(2):79-81.
- [22] Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, Cnattinguis S, Joffe H, Hultman CM. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Janv 1;64(1):42-48.

- [23] Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Févr;66(2):189-195.
- [24] Snellen M, Mack K, Trauer T. Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction : examining the relationship. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999 Déc;33(6):902-911.
- [25] Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet. Gynecol*. 2005 Nov;106(5 Pt 1):1071-1083.
- [26] Sutter-Dallay AL, Murray L, Dequae-Merchadou L, Glatigny-Dallay E, Bourgeois M-L, Verdoux H. A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *Eur Psychiatry*. 2011 Nov;26(8):484-489.
- [27] King-Hele SA, Abel KM, Webb RT, Mortensen PB, Appleby L, Pickles AR. Risk of sudden infant death syndrome with parental mental illness. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Nov 1;64(11):1323-1330.
- [28] Pitt SE, Bale EM. Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23(3):375-386.
- [29] Joly C, Lainé A, Catan A, Pochard F. L'interdisciplinarité : une visée, une nécessité et une exigence au service du malade. *Éthique Santé*. 2011 Sept;8(3):119-124.
- [30] Viñas JM, Larcher P, Marc D. Réseaux de santé et filières de soins. *ADSP*. 1998 Sept;(24):12-52.
- [31] Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH. Disponible sur : http://pmb.ofdt.fr/pmb_documents/LEGI/1289.pdf
- [32] Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620824>
- [33] Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817&dateTexte=20100517>

- [34] Code de la santé publique. Article L6321-1. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691335&dateTexte=20120428>
- [35] Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000228211&dateTexte=&categorieLien=id>
- [36] Anaes. Réseaux de santé - Guide d'évaluation. Juillet 2004. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Reseaux_2004.pdf
- [37] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>
- [38] Circulaire n°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_101_050304.pdf
- [39] Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB. Psychiatrie de liaison. Ann Médico-Psychol. Rev Psychiatr. 2005 Oct;163(8):691-696.
- [40] Nordon C, Sutter AL, Verdoux H. Prise en charge des femmes souffrant d'un trouble bipolaire de la conception au post-partum. Presse Médicale. 2007 Déc;36(12):1913-1918.
- [41] Molénat F et al., « Apprendre à penser ensemble : une clé indispensable pour la prévention précoce », in Pierre Delion et al., Quelles transmissions autour du berceaux ? ERES « 1001 bébés », 2010 p.169-178.
- [42] Molénat F. Périnatalité et prévention en santé. Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Janvier 2004. Disponible sur : <http://www.afree.asso.fr/Rapport%20final%20230204%20FM.pdf>
- [43] Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 2010 Janv;36(3):7-13.

- [44] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [45] Plan périnatalité 2005-2007. p. 2-5. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [46] HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Novembre 2005. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [47] Code de la santé publique. Article L1110-4. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIART1000020886954&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Questionnaire sur la prise en charge anténatale des femmes présentant une pathologie psychiatrique

Dans ce questionnaire nous entendons par « pathologie psychiatrique », toute patiente présentant un antécédent de suivi psychiatrique et/ou une prise de psychotrope et/ou une pathologie mentale actuelle, que vous considèreriez comme assez lourde pour avoir un impact sur la prise en charge obstétricale.

***Obligatoire**

Quelle est votre profession ?*

- Sage-femme cadre
- Gynécologue-obstétricien chef de service

De quel niveau est la maternité dans laquelle vous exercez ?*

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

Combien de naissances votre maternité compte-t-elle ?*

- < 1000 par an
- 1000 à 2000 par an
- 2000 à 3000 par an

- > 3000 par an

A quelle fréquence votre maternité prend-t-elle en charge des femmes présentant une pathologie psychiatrique ?*

- < une fois par an
- 1 à 2 fois par an
- 3 à 4 fois par an
- > 4 fois par an

Y'a-t-il un(e) psychologue attaché(e) à votre maternité ?*

- Oui
- Non

Si oui, est ce qu'il (elle) rencontre systématiquement ces patientes ?

- Oui
- Non

Existe-t-il un staff (ou équivalent) vous permettant de parler de ces patientes dans votre maternité ?*

- Oui
- Non

Si oui, y avez-vous recours ?

- Tout le temps
- La plus part du temps
- Quelquefois
- Jamais

Les patientes présentant une pathologie psychiatrique sont-elles adressées dans votre maternité avec un courrier retraçant l'histoire de leur maladie à l'attention des professionnels ?*

- Tout le temps
- La plus part du temps
- Quelquefois
- Jamais

Si oui, par qui le plus souvent ?

- Son psychiatre
- Son médecin généraliste
- Son gynécologue
- Autre :

Le professionnel qui prend en charge la patiente prend-t-il contact avec le médecin référent qui la suit pour sa pathologie psychiatrique ?*

- Tout le temps
- La plus part du temps
- Quelquefois
- Jamais

Si oui, rencontrez-vous des difficultés pour établie une stratégie de prise en charge commune avec ce médecin référent ?

- Tout le temps
- La plus part du temps
- Quelques fois
- Jamais

Le personnel rencontre-t-il généralement des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ?*

- Oui
- Non

Si oui, ces difficultés concernaient ?

- L'organisation des soins
- Un manque de ressources au niveau local
- Autre :

Est-ce que vous savez si ce sont des grossesses qui ont été discutées avec le médecin référent en pré-conceptionnel ?*

- Tout le temps
- La plus part du temps
- Quelques fois
- Jamais

Que pensez-vous qu'il faudrait apporter pour vous aider dans ces prises en charges difficiles ?*

Annexe 2 : Modèle de présentation du projet aux cadres et chefs de services.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude de sage-femme, je me propose de travailler sur la prise en charge anténatale des femmes présentant une pathologie psychiatrique. En effet, la grossesse est connue pour être une période de fragilité psychique, et pour les patientes présentant une pathologie psychiatrique, il s'agit d'une période à haut risque de décompensation. De plus, il existe des risques obstétricaux et néonataux liés à l'impact de certains traitements ou à un mauvais suivi des grossesses.

Aujourd'hui en pratique obstétricale quotidienne, il est relativement fréquent de rencontrer une patiente présentant une pathologie psychiatrique traitée ou non. Il est donc nécessaire, compte tenu des risques de rechute et de complications de la grossesse, de mettre en place une prise en charge adaptée. Je me propose de faire un état des lieux de ces prises en charge en réalisant une enquête auprès des sages-femmes cadres et des gynécologues-obstétriciens chefs de service des maternités d'Aquitaine.

Vous trouverez ci-joint un lien vers un questionnaire anonyme sur ce thème, permettant une photographie de l'état actuel des demandes, des moyens existants dans la région, et des difficultés rencontrées. <https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dENFNjhSN1gwbnZFSks0Q3NIVE1KU1E6MQ#gid=0>

Pour que je puisse rendre mon mémoire dans les délais impartis, il faudrait que vous puissiez le renvoyer avant le 08 avril 2013. Si vous désirez des renseignements à propos de ce travail, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante : liselabaye@gmail.com

Toutes les personnes qui auront répondu recevront un résumé des conclusions de ce travail.

Merci par avance de l'attention et du temps que vous accepterez de passer à remplir ce questionnaire. Si vous y avez déjà répondu, merci de ne pas tenir compte de ce message.

Très sincèrement,

Lise Labaye
Etudiante sage-femme en 5^e année
Université Victor Segalen Bordeaux II