

Intégration des soins de psychiatrie périnatale dans une maternité de niveau III : une recherche-action

Sabine Caminade

▶ **To cite this version:**

Sabine Caminade. Intégration des soins de psychiatrie périnatale dans une maternité de niveau III : une recherche-action. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03207913

HAL Id: dumas-03207913

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03207913

Submitted on 26 Apr 2021

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Intégration des soins de psychiatrie périnatale dans une maternité de niveau III : une recherche-action.

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES DE MARSEILLE

Le 23 Avril 2021

Par Madame Sabine CAMINADE

Née le 27 décembre 1986 à Cormeilles-En-Parisis (95)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur POINSO François	**Président**
Madame le Professeur BRETELLE Florence	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PH) GUIVARCH Jokthan	**Assesseur**
Madame le Docteur DES ROBERT Clotilde	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix•Marseille Université

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	**:**	**Pr. Georges LEONETTI**
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

➢ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➢ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➢ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➢ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➢ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➢ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➢ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➢ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➢ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➢ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➢ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	**:**	**Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

Cabinet du Doyen – 25.02. 2020 (GL/HB)

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1er cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2ème cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Jean-Paul
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel

MM DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs — J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs — J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs — H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs — G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs — D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs — C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs — O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs — J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

	D. COLLEN (Belgique)
	S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.)
	C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.)
	G. HUGUES (Grande Bretagne)
	J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada)
	K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur	T. MARRIE (Canada)
Sir	G.K. RADDA (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUBLI Léon Surnombre
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck
PANUEL Michel Surnombre
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien Disponibilité
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominiqu
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RANQUE Stéphane
RAOULT Didier Surnombre
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE ⁄

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BENYAMINE Audrey
BERTRAND Baptiste
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CERMOLACCE Michel
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVILLIER Raynier
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FAURE Alice
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PESENTI Sébastien
RADULESCO Thomas
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique (disponibilité)
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
POUGET Benoît
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
CALVET-MONTREDON Céline
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPIT
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) disponibilité

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *450*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) Surnombre

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAP*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402CHIRURGIE INFANTILE 5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE E*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
NGYUEN Karine (PU-PH)

TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *460*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2(

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
MICHEL Justin (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PCYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *480-*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

« Je n'ai pas de devoir à rendre.

J'ai un livre à faire pour la lumière qu'il me donnera. »

Christian Bobin, *L'épuisement*

Remerciements

À Pr Poinso pour votre soutien et votre confiance dans ce projet. Merci de m'accueillir dans votre service en tant qu'assistante pour poursuivre ce travail.

À Pre Florence Bretelle, merci pour ton appui enthousiaste, ton ouverture d'esprit et tes conseils avisés.

À Dre Clotilde Des Robert, pour ton calme optimiste et nos échanges riches et amicaux.

À Dr Jokhtan Guivarch, pour ta disponibilité et ton engagement professionnel sans réserve.

*
À toute l'équipe de la maternité, en particulier :

à Dre Sophie Tardieu, pour ta précieuse aide méthodologique,
à Dre Hélène Heckenroth, pour ton soutien à toute heure et ta légèreté,
à Halima Benmouis, pour notre collaboration dynamique et amicale, à travers les joies et les épreuves de notre travail et de nos vies respectives,
à Fellah Tahri, pour ta douceur et ton regard panoramique,
à Annie Allègre, pour ton efficacité et ton accueil (je te promets, je ne perdrai plus mes clés... enfin j'espère),
à Myriam, Françoise, AnneC, Nadia, Alexandra, Christine, Ariane, Gurwan et toutes les sages-femmes de la mater.
à Émilie, Florence et Xavière,
à Élodie et Sophie.

À Dr Michel Dugnat pour m'avoir transmis ta passion de la psypérinatalité,
à Dre Claire Fajula pour les sept mois passés avec toi à la liaison, pour avoir toujours répondu présente (même quand officiellement absente).

À Audrey Duba pour avoir repris le flambeau pour le dernier semestre, et pour la relecture.

À Dre Julie Marcou, Marie-Pierre Gay, et Rose-Marie Toubin pour l'initiation à la liaison à la maternité.

À Dre Nicole Guédeney, pour ma formation à la théorie de l'attachement.

À Juliette et Laurent pour leur soutien dans la réflexion et la rédaction. À ma mère pour la relecture.

À Natacha, pour les corrections.

Dédicaces

À Noémie, ma fille, mon petit poisson dans l'eau. Ta joie de vivre m'enchante.

À ma mère, maintenant une formidable Mamou,
à mon père, qui s'attendrit,
à Juliette, mon double si différente, de l'autre côté de l'Atlantique,
à Cécile, notre Baboune, de l'autre côté du monde,
à Granny, pour le Louvre, les tables de multiplications, les poésies et les souvenirs d'enfance à jouer dans tes gourbis,
à Mamie, qui m'a transmis silencieusement l'amour de son métier - sage-femme,
à Floflo, ma marraine, à Louise, mon échevelée préférée
à Babelle, qui m'a ouvert le chemin de la psychiatrie. Repose en paix.

À Roshi, inconditionnellement,
à Léo, ma sœur de lumière.

À Julien, qui m'a appris le nom de tous les os du corps à Montoire,
À Mattou et Geneviève, du RMgX aux petites bulles violettes, en passant par la confiture d'abricot
À Mat, on en a fait du chemin depuis nos premiers fous-rires en prépa !
À Giuseppe, Quentin, Yohan, Seb & Camille. Les équations c'est fini, mais pas l'amitié.
À Lamia et nos conversations à travers le monde.

À mes Sirènes, Chloé et Julie,
à la famille de la Traverse, votre proximité a rendu ces derniers mois plus doux,
à Marie qui brille de mille Paillettes,
à Inès,
à David & Éric

À Laurent, l'homme des grands espaces,
à nos vies entremêlées, amoureusement.

À toutes celles et ceux qui ont contribué à mon chemin de vie et dont je prononce les noms silencieusement

Avec tout mon amour,
Sabine

Table des matières

Table des matières 1

I. INTRODUCTION 4

1. Troubles psychiques périnatals : spécificités et enjeux 5

1.1 Épidémiologie 5

1.2 Vulnérabilités médico-psycho-sociales 6

1.3 Retentissement 6

2. Le parcours de soins périnatals en France 7

2.1 Grands principes pour un parcours de soins périnatals optimal 7

2.2 Des soins conjoints parent-enfant gradués 9

3. Un.e psychiatre à la maternité 12

3.1 Plusieurs modèles de soins de psychiatrie périnatale à la maternité 12

3.2 L'activité clinique du psychiatre à la maternité 15

3.3 Psychiatre ou pédopsychiatre ? 17

3.4 Psychiatres et psychologues 17

4. Alternatives à l'accueil d'un enfant 17

4.1 Interruption volontaire de grossesse (IVG) 17

4.2 Interruption médicale de grossesse (IMG) 18

4.3 Accouchement sous le secret et abandon de l'enfant 19

5. Enfant en danger et mesures de protection 20

6. Après la maternité 22

7. Contexte local 22

7.1 Hôpital universitaire de la Conception 22

7.2 Pôle femme-parent-enfant 23

7.3 Soins conjoints parents-bébé à Marseille 24

7.4 Centre Expert Bipolaires 24

7.5 Le réseau de soins périnatals local 25

8. Staff médico-psycho-social 26

9. Création d'un poste d'interne de psychiatrie à la maternité 28

10. Problématique locale 29

II. MATERIEL ET METHODE 30

1. Démarche gestion de la qualité (PDCA) 30

2. Objectif de l'étude 31

3. Méthodologie 32

3.1 Étude descriptive 32

3.2 Approche qualitative 34

III. RESULTATS 37

1. Étude descriptive 37

2. Observation participante 44

2.1 Cliniques 44

2.2 Parcours de soins 44

2.3 Fonctionnement du staff MPS 47

2.4 Fonctionnement global de l'équipe 47

3. Entretiens semi-structurés 49

4. Synthèse des résultats 55

IV. CAS CLINIQUES 57

1. Dépression maternelle 57

2. État de stress post traumatique dans un contexte de parcours de migration 58

3. Père porteur d'une pathologie psychiatrique chronique 59

4. Consommation de toxiques / Trouble de la personnalité 61

5. Famille carencée 62

6. Trouble schizophrénique/Consommation de toxiques 63

7. IVG chez une patiente suivie en psychiatrie 64

V. DISCUSSION 64

1. Intérêt et limitations 64

2. Résultats quantitatifs 65

2.1 Cas complexes 65

2.2 Devenirs des mères et des enfants 66

2.3 Parcours de soins 67

3. Améliorer le repérage des troubles psychiques 68

3.1 Évaluation psychosociale initiale 68

3.2 Repérer les signes d'alerte en maternité 70

4. Du staff pluridisciplinaire MPS à une équipe interdisciplinaire MPS 70

5. Création de parcours patiente 72

5.1 Parcours patiente 73

5.2 Référent parcours 76

5.3 Lien avec la PMI 77

6. Travail structuré dans les situations périnatales préoccupantes 78

7. Répertoire des ressources 80

8. Activités de formation 81

VI. PERSPECTIVES 81

1. Étude quantitative 81

2. Évaluation de l'expérience patient/couple 81

3. Intégration de la dimension culturelle 82

4. Réseau de psychiatrie périnatale 82

5. Rétablissement et périnatalité 82

6. Vers une unité kangourou à la maternité 83

7. Éthique 84

CONCLUSION 85

BIBLIOGRAPHIE 86

TABLE DES ANNEXES 91

ABREVIATIONS 129

I. INTRODUCTION

Les femmes viennent à la maternité pour accoucher, pas pour voir un psychiatre. Pourtant une femme sur cinq présente des difficultés psychiques pendant la grossesse ou après la naissance de son enfant (1).

La psychiatrie périnatale s'intéresse aux troubles psychiques majeurs chez les femmes enceintes - quelle que soit l'issue de leur grossesse, ou chez leur conjoint, et au développement de leur enfant dans ce contexte. Dans ce champ, la période périnatale va du début de la grossesse à la première année de l'enfant (2). Devant l'impact de ces troubles sur la santé de la mère, et sur le développement de l'enfant, les recommandations de bonnes pratiques insistent sur la présence de psychologues et d'un psychiatre dans chaque maternité (3).

La maternité est le lieu où les femmes sont suivies pour leur grossesse et viennent accoucher. C'est un lieu central des soins de la période périnatale. L'organisation de la maternité est construite autour des soins obstétricaux et pédiatriques, qui visent à la sécurité et au bien-être de la mère et de l'enfant.

Comment, dans cette organisation existante, intégrer des soins de psychiatrie périnatale ? À quelles familles s'adressent ces soins ? En font-elles la demande ? Quelle place occupe le psychiatre parmi les professionnel.les de la maternité ? Comment composer avec les temporalités et les cultures de métier si différentes ?

Cette thèse avance que l'intégration de la psychiatrie périnatale à la maternité passe par la transition d'un fonctionnement pluridisciplinaire à une collaboration interprofessionnelle et que cette transition est favorisée par une approche partant du terrain. Elle se base sur l'expérience de la mise en place d'un dispositif de soins de psychiatrie périnatale dans une maternité de niveau III.

Je présenterai d'abord le contexte général et local, puis la méthodologie et les résultats d'une recherche-action. Des cas cliniques viendront en illustration. Je discuterai ensuite les résultats et proposerai des perspectives concrètes d'amélioration des soins psychiatriques à la maternité. Enfin, des perspectives seront ouvertes.

1. Troubles psychiques périnatals : spécificités et enjeux

La période périnatale est une période de **vulnérabilité psychique**, notamment concernant la régulation des émotions et de l'humeur.

1.1 Épidémiologie

Les troubles psychiques périnatals sont :

- fréquents : jusqu'à 19% de femmes présentent un épisode dépressif dans la période périnatale d'après une revue de la littérature (4), les femmes porteuses d'un trouble bipolaire[1] non traité ont un risque de rechute de 66% après l'accouchement (5),
- d'intensité variable, parfois graves : 7% de dépressions périnatales sévères (4), 13% des morts maternelles[2] sont liées au suicide (6),
- de présentations cliniques variées : la dépression du post-partum est l'entité clinique la plus connue et étudiée mais on rencontre plus largement des pathologies spécifiques à la période périnatale (dépression maternelle[3], psychose puerpérale[4]) et les pathologies psychiatriques générales sévères (schizophrénie[5], troubles dépressifs chroniques, troubles bipolaires, trouble de la personnalité borderline[6]).

[1] Trouble de l'humeur avec une succession d'épisodes maniaques (ou hypomane) et dépressifs. Un épisode maniaque est un état où l'humeur, l'irritabilité et l'énergie sont particulièrement élevés.

[2]D'après la Classification internationale des maladies (CIM) :
- la mort maternelle est « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle, ni fortuite » ;
- la mort maternelle tardive, notion introduite depuis la CIM 10, se définit comme le décès d'une femme résultant de causes obstétricales directes ou indirectes survenu plus de 42 jours, mais moins d'un an, après la terminaison de la grossesse.
Ce chiffre se rapporte à la mortalité maternelle pendant la période périnatale : de la grossesse à moins d'un an après la terminaison de la grossesse.

[3] Épisode dépressif survenant pendant la période périnatale

[4] Premier épisode de décompensation aiguë et brutale dans le post-partum, le tableau clinique est polymorphe et labile avec une variabilité de l'humeur et des symptômes psychotiques (désorganisation, éléments délirants)

[5] Trouble chronique associant des symptômes délirants ou hallucinatoires, une désorganisation, un appauvrissement de la vie psychique

[6] Trouble de la personnalité caractérisé par une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi

1.2 Vulnérabilités médico-psycho-sociales

Les facteurs psychiques sont intriqués avec les **facteurs médicaux, sociaux et familiaux** : Brown et Harris (7) ont montré que la dépression post-natale est multifactorielle, et qu'elle est favorisée par une situation socioéconomique précaire.

On définit les **familles carencées** ou dites « à problèmes multiples », par un ensemble de difficultés de tout ordre qu'elles rencontrent, marqué par une rupture ou une pauvreté des liens, des carences affectives et éducatives, un manque de soins face à des pathologies psychiatriques ou somatiques, de la violence, une consommation de toxiques, une situation de précarité... Dans ces familles, les difficultés psychiques sont très fréquentes (8).

1.3 Retentissement

Les troubles psychiatriques impactent la grossesse avec plus de complications obstétricales et fœtales. Une étude de 2019 montre que la survenue d'un épisode psychiatrique au cours de la grossesse est associée à un retard de croissance intra-utérin et à plus d'hospitalisations en néonatologie. Les résultats sont majorés lors de la consommation de substances (9). 40% des enfants hospitalisés en service de néonatologie ont une mère ayant un antécédent de trouble mental (10).

Les troubles psychiatriques chroniques et la précarité sont intriqués. Les situations de précarité en période périnatale se traduisent par un recours au système de santé plus rare et plus tardif, qui ne résulte pas du choix des femmes mais de leurs difficultés et d'un certain déficit d'information. On observe :

- Un retard à la prise en charge de la grossesse : moins de consultations prénatales, moins d'échographies.
- Des ruptures (décrochages) dans le suivi de grossesse : difficultés rencontrées par les femmes pour respecter le calendrier défini, pour réaliser des examens complémentaires notamment s'ils sont prescrits en dehors du lieu de suivi (échographies, actes de biologie…) (11)

Les troubles psychiatriques peuvent entraver l'exercice de la fonction parentale et le développement de l'enfant :

- Le risque de troubles du développement précoce, de troubles psychiques ultérieurs, de troubles de l'attachement est majoré (12).
- Les troubles psychiatriques constituent un facteur de risque de négligence et de maltraitance, de même que la consommation de toxiques, la précarité, la marginalisation et les violences conjugales qui sont souvent associées à un trouble psychiatrique (8).
- Les séparations précoces parents-enfant sont plus fréquentes en cas de troubles psychiatriques. Les effets des ruptures survenant à cette période sont gravement délétères pour l'enfant et pour le lien parent-enfant (13).

Les difficultés des familles carencées sont très proches de celles rencontrées en cas de troubles psychiatrique chronique sévère. Le suivi de grossesse est souvent erratique et le risque de négligence sur l'enfant est élevé.

2. Le parcours de soins périnatals en France

D'après la définition de la Haute Autorité de Santé, le **parcours de soins** désigne le « juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins du patient : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus, autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales). » (14)

2.1 Grands principes pour un parcours de soins périnatals optimal

La période périnatale nécessite une approche globale qui inclut des aspects médicaux, psychologiques et sociaux, ce qui situe l'évaluation et les soins dans des champs pluridisciplinaires, avec de nombreux intervenants (sages-femmes, obstétriciennes, pédiatre, psychiatre, pédopsychiatre, psychologue, puéricultrices, assistantes sociales).

Le parcours de soins est plus largement inclus dans le parcours de santé et le parcours de vie. Le parcours de santé articule les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. Le parcours de vie envisage la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement (15).

Le soin psychiatrique périnatal exige donc un **travail d'équipe** au sein de la maternité avec les réunions de coordination (appelées staffs médico-psycho-sociaux[7] (MPS)) et plus largement de partenariat au sein du **réseau**[8] (11,17).

Le soin en périnatalité vise à maintenir une **cohérence** et une **continuité**, de la grossesse aux premiers temps de l'enfant (13). D'après le Rapport des 1000 premiers jours, « la place d'un **référent parcours** est primordiale pour les situations très complexes nécessitant un accompagnement encore davantage personnalisé, comme pour les patientes très vulnérables, présentant des troubles de santé mentale ou à risque psycho-émotionnel et/ou social » (3).

Le plan périnatalité 2005-2007 "Humanité, proximité, sécurité, qualité" préconise une prise en charge de **proximité** des situations à haut risque psychosocial, et mentionne "qu'un **soutien précoce** et de **qualité** à la parentalité, dès le pré et le post-partum, constitue un facteur de protection". La circulaire du 30 mars 2006 (18) propose une organisation de l'accompagnement psychosocial à différents niveaux articulés entre eux : le premier est sur site (i.e. la maternité) et réunit tous les intervenants autour du psychiatre/psychologue, le deuxième est un niveau de conseil effectué par un centre qualifié et le troisième un niveau de pilotage régional. Le rapport des 1000 premiers jours réaffirme la nécessité de psychologues et de psychiatres présents à la maternité (respectivement 1 ETP[9]/1000 naissances, 1 ETP/3000 naissances) (3). **La maternité est considérée comme un lieu-clé**, car c'est le moment et lieu où on est sûr de voir les patientes (pour le suivi de grossesse et/ou l'accouchement).

En plus du besoin de sécurité de l'enfant et de celui des parents, Toubin affirme le besoin de sécurité de tous les nombreux acteurs de soin afin de garantir le soutien aux parents (19).

La loi n°2007-293 du 5 mars 2007 qui réforme la **protection de l'enfance** a mis l'accent sur la **prévention**. La prévention consiste à **repérer et prendre en charge les situations à risques** (20). Son objectif est de prévenir les risques de mise en danger de l'enfant le plus en amont possible, afin de prévenir leur apparition ou d'en prévenir les effets. La **prévention précoce** est

[7] Les staffs MPS existent depuis plus de 20 ans dans certaines maternités de France, notamment le service de Dr Diquelou à Draguignan (16). En 2019, plus de 80% des maternités de la région PACA ont leur propre staff MPS.

[8] Le réseau désigne un ensemble informel de professionnels travaillant en périnatalité. Dans certains lieux, ce réseau est formalisé, par exemple le réseau de Bordeaux (cf. I.3.1a) ou le Réseau Méditerranée (cf. I.7.3).

[9] Équivalent temps-plein i.e. un poste à plein temps ou deux postes à mi-temps

renforcée et la grossesse en constitue un moment clé car elle est propice à créer l'alliance avec les parents/famille. On peut, par exemple, mettre en place un accompagnement médico-social, l'Entretien Prénatal Précoce[10] (EPP), activer les dispositifs régionaux de partenariat prénatal de prévention, et évaluer le risque de manière plus fine quand l'enfant est né.

2.2 Des soins conjoints parent-enfant gradués

Les soins de psychiatrie périnatale sont des soins conjoints, c'est-à-dire qu'ils s'adressent à la fois à l'adulte - en tant que parent, et à l'enfant - à naître ou nourrisson. Ils concernent :

- la santé mentale du parent,
- la santé psychique et le développement du bébé
- les interactions parents-enfants.

L'objectif est la prévention des distorsions relationnelles précoces impliquées dans le développement des troubles psychiques de l'enfant. **Les soins conjoints** se basent sur le **soutien et l'accompagnement des capacités parentales** tant sur un plan subjectif (élaboration psychique) que pratique (soins au bébé) afin qu'ils soient en mesure de **répondre aux besoins de leur bébé.**

Les intervenants du soin sont les pédopsychiatres, des psychologues, des psychomotriciennes, des puéricultrices, des infirmières, des assistances sociales, des art-thérapeutes...

Cet **accompagnement pluridisciplinaire** se fait en lien avec le réseau des partenaires médicaux et médicaux-sociaux : la psychiatrie de l'adulte, l'obstétrique, la pédiatrie, le secteur de la petite enfance : la protection maternelle et infantile[11] (PMI), et les services d'aide à la personne : les

[10] Entretien réalisé par une sage-femme ou un médecin, dont l'objet est de permettre au professionnel de santé d'évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d'accompagnement au cours de la grossesse. C'est un temps assez long qui permet aux parents d'exprimer leurs besoins et leurs attentes, et à la professionnelle de les soutenir et les accompagner. Mis en place dans le plan périnatalité 2005-2007, il est devenu obligatoire en 2020 (21).

[11] Le service de protection maternelle et infantile (PMI) est un service départemental, chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Le service de PMI organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

techniciennes d'intervention sociale et familiale[12] (TISF), le service d'accompagnement à la vie sociale[13] (SAVS)... Cet accompagnement peut se faire dès la grossesse.

Ces soins sont gradués afin de répondre à la gravité de la situation (cf. Figure 1) :

- Les **soins de première ligne** sont prodigués par le médecin traitant, la sage-femme, la PMI, les personnes intervenant à domicile. Ces professionnels se situent en amont et en aval des soins psychiques : en amont dans leur mission de prévention primaire pour repérer et accompagner les familles en situation de vulnérabilité et éviter qu'un trouble psychique ou de l'interaction se développe. Dans leur mission de prévention secondaire pour repérer un trouble constitué et orienter vers les soins psychiques. En aval, en étant mis en place en complément des soins psychiques, pour étayer la famille. Les TISF vont par exemple offrir un soutien et une suppléance aux soins du nourrisson qui va permettre à la mère de se reposer, ce qui est primordial en cas de dépression ou de troubles bipolaires. Dans la majorité des cas, leur intervention soutenue, leur soutien et des aides concrètes vont permettre de se passer d'une prise en charge spécialisée, en particulier pour les dépressions post natales.
- Le partenariat avec les **maternités** et les services de **pédiatrie** avec l'activité de **liaison**[14] **à la maternité** et la participation au staff MPS.
- Les **visites à domiciles**, indispensables en période périnatale, en raison, d'une part des difficultés de déplacement d'une mère et de son nouveau-né et d'autre part pour observer le bébé dans son lieu de vie.
- L'**hospitalisation de jour** (**HDJ**) où la journée se structure autour des temps fondamentaux pour accompagner les échanges parents-enfants : coucher/lever, tétées/repas, bains, temps d'éveil... afin d'accompagner le bébé dans son développement et de soutenir les capacités parentales. Des soins plus spécifiques sont proposés pour

[12] La Technicienne d'intervention sociale et familiale (TISF) est une travailleuse sociale qui soutient et accompagne les familles à leur domicile. Son champ d'intervention est centré sur les difficultés rencontrées par les familles, avec un rôle d'accompagnement social, d'insertion et de soutien à la fonction parentale. C'est par la réalisation d'actes partagés de la vie quotidienne que la TISF va pouvoir gagner la confiance des familles.

[13] Les SAVS sont des services sociaux qui ont pour vocation d'apporter un accompagnement adapté aux adultes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens sociaux, dans le milieu familial, scolaire ou professionnel et en facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

[14] L'équipe de psychiatre de liaison vient donner un avis spécialisé ponctuel pour un patient hospitalisé dans un service de soins autres que la psychiatrie, et qui présente des symptômes psychiatriques. Elle pose un diagnostic, peut proposer un traitement ou recommander la mise en place d'un suivi ou une hospitalisation.

accompagner les difficultés psychiques parentales ou le développement du bébé : psychothérapie, art-thérapie, psychomotricité... Enfin des activités à but thérapeutique peuvent également être proposées (massage parents-bébé, balnéothérapie, comptines...). L'accompagnement peut se faire sur plusieurs mois, et maximum jusqu'aux 18 mois de l'enfant en général.

- L'**hospitalisation de semaine** (**HDS**) qui permet également de proposer un accompagnement la nuit, moment clé dans le rythme des bébés et souvent source de difficulté pour les parents. Elle peut permettre un repos de la mère en proposant une suppléance. Ces unités sont fermées le week-end.
- L'**hospitalisation complète en Unité Mère-Bébé**. Les indications[15] sont des difficultés psychiatriques maternelles majeures avec un maintien à domicile à haut risque, l'absence de soutien au domicile, les antécédents périnatals. Ces structures peuvent appartenir à un service de pédopsychiatrie ou de psychiatrie de l'adulte. Une hospitalisation à temps complet est souvent nécessaire dans les situations graves puisque le retour à domicile en weekend est rarement possible.

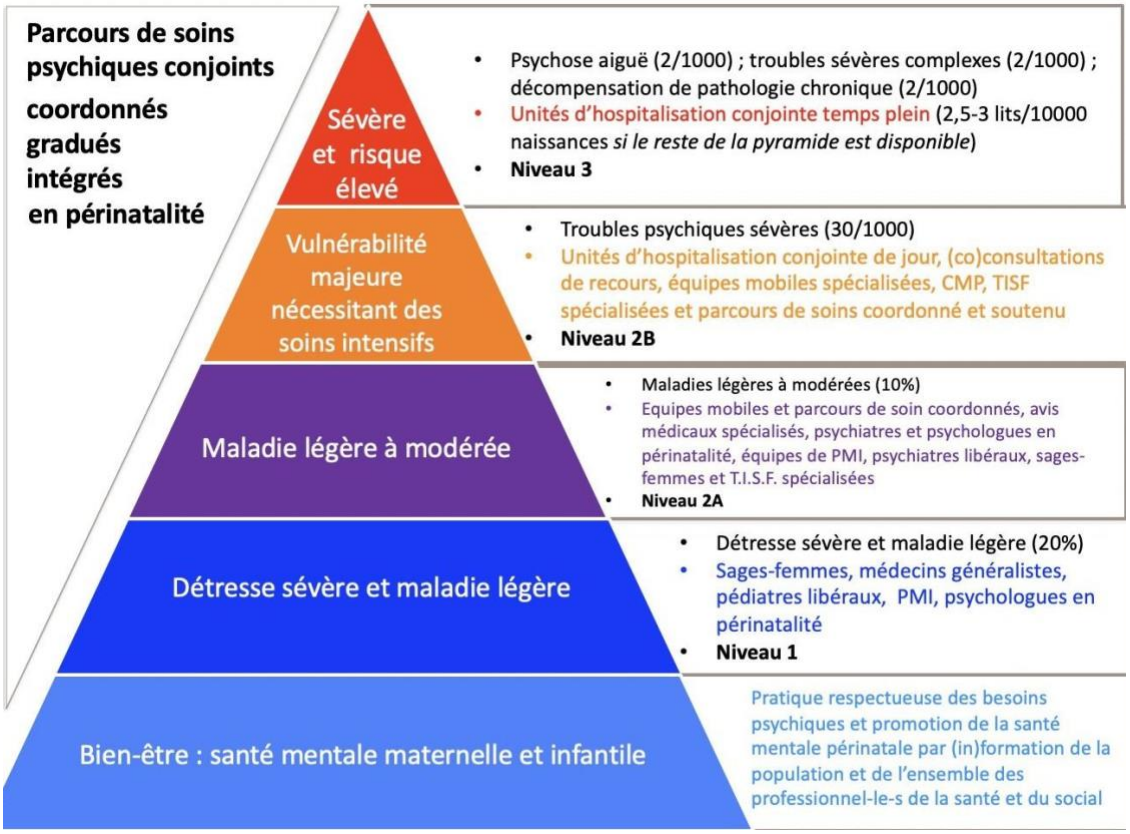


Figure 1: Pyramide des soins conjoints (22)

[15] Motifs pour lesquels un professionnel va proposer cette consultation à une patiente

3. Un.e psychiatre à la maternité

L'activité du psychiatre à la maternité est l'un des maillons indispensables des soins conjoints parents-enfant.

3.1 Plusieurs modèles de soins de psychiatrie périnatale à la maternité

a) Réseau de Psychiatrie Périnatale de Bordeaux

Le Réseau de Psychiatrie Périnatale (RPP) de Bordeaux, dont Dre Anne-Laure Sutter est la médecin responsable, est l'un des centres français de référence en matière de psychiatrie périnatale. Historiquement rattaché à la psychiatrie de l'adulte, il est maintenant rattaché à la pédopsychiatrie. Il propose des soins spécifiques pour les mères (et pères) souffrant de troubles psychiques ou de difficultés relationnelles avec leurs enfants.

L'équipe multidisciplinaire du RPP propose des soins conjoints mère-enfant :

- en hospitalisation à temps complet (unité mère-enfant 5 lits femmes enceintes et 5 lits + berceaux) à recrutement régional
- en hospitalisation de jour (Hôpital de jour sur le site de la maternité)
- en liaison à la maternité du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU)
- en consultations
- en se déplaçant : équipe mobile de psychiatrie périnatale à destination des patientes et de leurs enfants

Les soins psychiatriques à la maternité sont organisés sur un **modèle intégré** : l'unité de liaison fait partie du réseau et l'HDJ se situe également dans les locaux de la maternité ce qui facilite l'accès au soin. Une infirmière de l'HDJ fait quotidiennement la liaison à la maternité : elle passe dans les services, puis en parle avec la psychologue et les médecins. Le staff MPS a lieu hebdomadairement avec le gynécologue et la pédiatre attachés spécifiquement au staff MPS. Cela permet d'anticiper les situations difficiles. Le service est pensé pour avoir une continuité de l'anté au post-natal, avec la même équipe, et la même personne référente de la situation. L'activité est régionale et propose un **staff régional mensuel.**

Un parcours de soins spécifique est identifié : "Psychotropes et Grossesse" où quelle que soit la porte d'entrée, les trois spécialistes (obstétricien, pédiatre, psychiatre) voient la femme en

consultation avant le staff et proposent une conduite à tenir pour la naissance, une adaptation des psychotropes, et une poursuite des soins en unité mère-enfant si besoin.

Le service travaille en lien avec les urgences psychiatriques avec un protocole si besoin d'hospitalisation. Le bébé peut être hospitalisé en unité mère-enfant et la mère en psychiatrie de l'adulte. L'unité mère-enfant peut aussi accueillir des patientes hospitalisées sous contrainte[16], et des enfants accompagnateurs parfois sous OPP[17]. Il propose également des visites à domicile.

b) Maternité du CHU de Montpellier

La maternité du CHU de Montpellier (3500 accouchement/an) est également pionnière avec le travail de la pédopsychiatre Françoise Molénat poursuivi par Dre Rose-Marie Toubin. Une pédopsychiatre est présente à la maternité du CHU de longue date, et y effectue un travail « direct » auprès des patientes et aussi « indirect » auprès de l'équipe.

L'équipe de pédopsychiatrie de la maternité est composée d'une pédopsychiatre, d'une interne et d'une psychologue (20%), ainsi que d'une IDE. Elle est rattachée au service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du CHU de Montpellier. Elle travaille notamment en collaboration avec les sages-femmes coordinatrices, les psychologues de la maternité, et la psychomotricienne du service de néonatalogie. Les chambres mère-enfant peuvent accueillir des patientes suivies par l'équipe de pédopsychiatrie.

L'équipe intervient en liaison dans les différents services de la maternité, propose des consultations de pédopsychiatrie de l'anténatal aux 3 mois du bébé. Elle participe au "staff d'organisation des hospitalisations en maternité" qui a lieu hebdomadairement et dont le but est d'anticiper les situations délicates. Il regroupe les sages-femmes de PMI, les cadres de la maternité, les sages-femmes coordinatrices dont chacune a une spécialisation : antécédents post traumatique, psychopathologie, addiction, consultation tabac. Une de ces sages-femmes coordinatrice est référente pour la famille, coordonne le parcours de santé de la mère et est en

16 D'après l'Article L3212-1 du code de la santé publique : une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement à la demande d'un tiers si :
1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;
2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.
En l'absence de tiers, l'hospitalisation sous contrainte est possible s'il y existe un péril imminent.
des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes, ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public

17 Ordonnance de Placement Provisoire (cf.I.5)

lien avec elle. Chaque sage-femme coordinatrice est vue en individuel par la pédopsychiatre une heure par semaine, c'est une partie du travail indirect. **Un des buts de ce dispositif est la sécurité de chacun : celle de la famille qui a une référente enveloppante, et celle de chaque professionnel qui va rencontrer une famille.**
Le temps d'intervention directe est estimé à 2/3 du temps de prise en charge, et le temps d'intervention indirecte à 1/3 du temps de prise en charge.

La maternité travaille avec différents services d'aval :

- un service de soins de suite pédiatrique à Palavas-les-Flots, qui peut accueillir les mamans-bébés 3 semaines sous condition d'un projet à court terme et d'un suivi psychiatrique.
- un centre de soin libéral avec pédopsychiatre, psychologue, éducatrice... après le suivi avec la pédopsychiatre de la maternité jusqu'aux 3 mois de l'enfant
- une unité parent-nourrisson : à partir de l'âge de 3 mois (avec une psychomotricienne, des puéricultrices, psychologues, pédopsychiatres, qui proposent des consultations des VAD et une HDJ)

Des dispositifs d'étayage parental spécifiques pour les familles vulnérables ont été mis en place à la maternité avec des soins parents-enfants contenants et après la maternité :

- l'appui parental : service qui propose une intervention précoce de soutien à la parentalité, intensive et limitée dans le temps auprès de familles dont un des enfants est âgé de moins de 3 ans. Le soutien est individualisé, personnalisé et de proximité, assuré par des puéricultrices 3x/semaines supervisées par un pédopsychiatre. Il y a une partie d'activité collective.
- l'accueil modulaire : quand l'enfant est placé dans une famille d'accueil et que la mère ne peut accueillir son enfant seule, des temps d'accueil en famille sont organisés avec la mère et un accompagnant (père ou grand-mère) où elle peut voir et passer du temps avec son bébé.

c) Hôpital femme-mère-enfant du CHU de Lyon

Le service de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent de Lyon (Bron) a deux dispositifs de périnatalité dans le même hôpital :

1. L'**Unité de soin et accompagnement précoce** (USAP), ouverte depuis 2016 dans le service de suites de naissances de l'Hôpital femme-mère-enfant du CHU de Lyon, qui intervient en post-natal immédiat avec une durée moyenne de séjour 10 à 12 jours. L'équipe est multidisciplinaire : sages-femmes, infirmières puéricultrices formées à la pédopsychiatrie, psychomotricienne, pédopsychiatres, obstétricien, pédiatre et assistante sociale, pour que l'attention soit centrée tant sur le psychique que sur le corporel. L'USAP est constituée de quatre lits et ses berceaux et propose une prise en charge obstétricale et psychique conjointe, en post-partum immédiat. C'est dans l'entre-deux (pas encore dans la maison, hors du ventre maternel) que s'inscrit le projet de soin, sur une temporalité longue pour une maternité et courte pour la pédopsychiatrie.

2. **L'Unité de périnatalogie** qui propose une évaluation et un accompagnement psychologiques des troubles émotionnels et de la relation précoce mère-bébé associés à la grossesse, au post-partum ou à la prématurité.

Le service travaille en réseau avec :

- Unité de psychopathologie périnatale qui propose des hospitalisations bébé-parent (clinique Natecia), de jour ou à temps complet,
- Unité Mère Bébé (Le Vinatier),
- Unité de Périnatalité de Lyon Sud,
- Plusieurs CATTP,
- Lien Accueil Parentalité et Soin : LAPS est un dispositif de soins ambulatoires de psychiatrie de l'adulte non sectorisée, qui s'adresse à tout parent en situation de vulnérabilité psychique autour d'une naissance quel qu'en soit le moment, quelle qu'en soit la raison.

3.2 L'activité clinique du psychiatre à la maternité

Le travail du psychiatre de la maternité a été formalisé notamment par Dre F. Molénat au CHU de Montpellier (19).

a) Les objectifs des psychiatres de la maternité

- Améliorer la santé mentale et le bien-être maternel en partenariat avec la psychiatrie de l'adulte,

- Prévenir un trouble du lien et un trouble précoce pour l'enfant en partenariat avec la pédopsychiatrie,
- Évaluer le risque de négligence et de maltraitance,
- Soutenir les acteurs de terrain dans la compréhension et la prise en charge des situations complexes,
- Augmenter le sentiment de sécurité pour les parents et les équipes.
- Réduire les interventions d'urgence en anticipant les situations de crises

b) Ses interventions cliniques

- Le travail en direct auprès des futurs parents ou parents,
- Le travail en indirect de soutien auprès du personnel de la maternité,
- Le travail de coordination des actions avec les intervenants hors maternité (médecin généraliste, sage-femme PMI ou libérale, psychiatre d'adulte…)
- Le travail d'orientation[18] si besoin.
- Le travail d'équipe avec la participation aux réunions de coordination (staff MPS)

c) Les indications[19] d'orientation vers le.a psychiatre

- Antécédents de dépression du post-partum,
- Acutisation d'un trouble psychiatrique connu (en particulier troubles de l'humeur, trouble de la personnalité, schizophrénie),
- Dépression actuelle,
- Tentative de suicide récente,
- Trouble psychiatrique connu,
- Psychose puerpérale ou décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant,
- Risque ou trouble du lien grave précoce (familles carencées).

Ces troubles sont suffisamment **sévères** pour nécessiter une évaluation psychiatrique, parfois un traitement psychotrope, un suivi et/ou hospitalisation en psychiatrie de l'adulte, des soins conjoints (parent-enfant) dont une hospitalisation, et la mise en place du réseau de soin (avec PMI, associations).

[18] Orienter un patient, veut dire faire le lien avec un médecin ou structure qui va pouvoir lui proposer une prise en charge.
[19] Motifs pour lesquels un professionnel va proposer cette consultation à une patiente

Ces consultations s'intègrent dans le parcours de soins de la grossesse/du post-partum.

3.3 Psychiatre ou pédopsychiatre ?

La psychiatrie périnatale recoupe des questions de psychiatrie de l'adulte : pathologie psychiatrique parentale, traitement, gestion des urgences… et des questions de psychiatrie de l'enfant, qui vise les meilleures conditions pour le développement de l'enfant. La psychiatre de la maternité a donc besoin de compétences de psychiatrie adulte et de psychiatrie de l'enfant. Le *Royal College of Psychiatrists* (Londres) parle d'ailleurs de *Perinatal Psychiatrist*.

3.4 Psychiatres et psychologues

Les psychologues et les psychiatres font un travail complémentaire. Les psychologues suivent seules les femmes qui ont un trouble psychique d'intensité légère à modérée, des difficultés contextuelles ou réactionnelles. En cas de difficultés plus intenses ou qui ne s'améliorent pas, elles peuvent demander une consultation de psychiatrie. Réciproquement, un suivi psychologique peut être proposé en complément du suivi du psychiatre. Leur présence est plus régulière à la maternité, ce qui permet d'assurer une continuité des soins.

4. Alternatives à l'accueil d'un enfant

La psychiatre de la maternité peut être en situation d'accompagner des patientes qui ne souhaitent ou ne peuvent pas poursuivre leur grossesse ou accueillir l'enfant qu'elles portent. Il existe différentes modalités de prise en charge. Ces pratiques sont encadrées par la loi, de manière plus ou moins stricte.

4.1 Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Les IVG sont actuellement possibles jusqu'à 14SA[20] quel que soit le contexte, et ce à la demande de la femme enceinte. Il est possible que le délai légal soit prochainement allongé (23). À noter que chez les femmes présentant des troubles psychiatriques ou en grande détresse

[20] Semaines d'aménorrhée, soit 12 semaines de gestation

psychosociale, la découverte de la grossesse est bien souvent tardive et le délai légal de l'IVG dépassé.

4.2 Interruption médicale de grossesse (IMG)

a) Généralités

En vertu de l'article L2213-1 du code de la santé publique, une IMG peut être réalisée à tout moment de la grossesse lorsque la santé de la femme enceinte ou de son enfant est en cause (24). On distingue :

- les motifs fœtaux, où l'enfant à naître est atteint d'une affection particulièrement grave et incurable au moment du diagnostic,
- les motifs maternels où la grossesse met gravement en danger la santé de la femme enceinte.

Les motifs fœtaux sont les plus fréquents. La femme ou le couple est alors suivi.e par l'équipe médicale d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CDPDN).

Lorsque l'IMG est demandée pour la santé de la femme, elle doit s'adresser à un médecin spécialiste qualifié en gynécologie-obstétrique. Ce médecin doit exercer en établissement public de santé ou dans un établissement privé autorisé à recevoir les femmes enceintes.
Ce médecin réunit alors une équipe pluridisciplinaire, pour avis consultatif. Cette équipe comprend au minimum 4 personnes :

- un médecin spécialiste qualifié en gynécologie obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal,
- un médecin choisi par la femme enceinte,
- un assistant social ou un psychologue,
- un ou des praticiens spécialistes de l'affection dont la femme est atteinte.

Les deux médecins doivent exercer en établissement public de santé, ou en établissement privé autorisé à recevoir les femmes enceintes.

b) IMG maternelles pour péril psychique ou détresse psycho-sociale

La participation du psychiatre en périnatalité peut être requise dans les questions d'IMG maternelles pour péril psychique ou psychosocial. Cette notion de péril n'est pas définie sur le plan législatif, et est difficile à circonscrire. On retrouve très peu d'articles ou de travaux

consacrés à cette question dans la littérature médicale : deux articles épidémiologiques (25,26) et une thèse sur le péril psychiatrique (27).

Ces IMG sont très inégalement réalisées sur le territoire national. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a rappelé en septembre 2019 de prendre en considération les causes psychosociales comme motif d'IMG (28). D'autre part, un amendement à la loi de bioéthique a été passé le 1er aout 2020, pour inscrire le motif de détresse psychosociale dans les indications d'IMG.

Les trois grandes indications d'IMG pour péril psychique retrouvées sont :

- le risque majeur de passage à l'acte auto-agressif[21] lié à la grossesse,
- l'existence d'une souffrance psychique incompatible avec la poursuite de la vie mentale de la femme : une maladie mentale sévère et/ou chronique aggravée par la grossesse, et
- un risque pour la santé mentale de la femme en cas de poursuite de la grossesse.

On peut également considérer un état de détresse psychiatrique avec une sidération et une incapacité totale à se représenter la grossesse.

Les indications d'IMG pour détresse psycho-sociale retrouvées dans la littérature sont les situations de danger personnel, les violences graves, une extrême précarité, une pathologie fœtale générant de la détresse, les grossesses issues d'un viol, la toxicomanie…

Remarque : une demande d'IMG est toujours examinée à la demande de la femme ou du couple, et le consentement de la femme est strictement obligatoire. La demande ne peut émaner d'un tiers ou d'un médecin (psychiatre par exemple).

4.3 Accouchement sous le secret et abandon de l'enfant

Si la femme ne souhaite pas ou n'est pas en mesure d'accueillir l'enfant quelle porte, mais ne souhaite pas ou ne peut pas interrompre la grossesse, elle peut accoucher sous le secret et abandonner l'enfant.

[21] Geste d'agressivité envers soi-même : tentative de suicide, violence infligée sur son propre corps pour atteindre le fœtus. Légalement le fœtus est une partie de la mère.

L’article 326 du code civil stipule que lors de l'accouchement, la mère peut demander que le secret de son admission et de son identité soit préservée (29). L'abandon de l'enfant reste provisoire pendant **2 mois** après l'accouchement, délai accordé à la mère pour revenir sur sa décision et reconnaître l'enfant. Durant cette période, l'enfant n'est pas adoptable. Après ce délai de 2 mois, et si la mère n'est pas revenue sur sa décision de reprendre son enfant, celui-ci est admis comme pupille de l’État et peut alors être proposé à l'adoption. La femme qui accouche sous le secret est reçue et informée par les sages-femmes, la psychologue et l'assistance sociale.

5. Enfant en danger et mesures de protection

La loi du 14 mars 2016 définit comme axe de travail principal : « mieux prendre en compte les besoins fondamentaux de l’enfant pour plus de **protection** et de **stabilité** dans son parcours. » (30)

Les vulnérabilités médico-psycho-sociales, dont les troubles psychiatriques, représentent des risques de maltraitance et de négligence chez l'enfant. Un des enjeux du travail à la maternité est de prévenir ces risques de manière très précoce. Il s’agit de repérer les situations pouvant être qualifiées de préoccupantes, laissant craindre un danger pour l'enfant.

Le danger et le risque de danger sont définis par l’article 375 du code civil (31). Un enfant est en danger si :

- sa santé, sa sécurité ou sa moralité sont en danger,
- les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises.

En cas de risque de danger, des mesures de prévention peuvent être prises lorsque les parents sont coopérants, avec notamment un accompagnement rapproché de la PMI. L’hébergement dans un foyer mère-enfant peut être proposé si un retour à domicile n’est pas possible.

En cas de risque de danger, et que l'alliance avec les parents est fragile ou inexistante, une **Information préoccupante** (IP) est adressée à la cellule de recueil des informations

préoccupante[22] (CRIP) où elle est évaluée. S'il y a suffisamment d'éléments, elle est « qualifiée », et mène à une enquête sociale effectuée par la MDS, puis à une décision, administrative ou un signalement au procureur.

Si l'enfant est en danger et a besoin d'une protection immédiate, alors un signalement est adressé au procureur de la République. Il contient les éléments du contexte et de danger pour l'enfant. Le procureur va se saisir ou non du signalement. S'il s'en saisit, une ordonnance de Placement Provisoire[23] (OPP) peut être faite dans un premier temps, où l'enfant est confié à l'hôpital, au service de néonatalogie.

Le juge reçoit ensuite les parents. Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer uniquement dans l'intérêt de l'enfant. Chaque fois qu'il est possible, l'enfant est maintenu dans son milieu familial avec par exemple un placement à domicile[24].

Le juge peut décider de confier l'enfant :

- à l'autre parent (si les parents sont séparés, et que l'enfant et ne court pas de danger chez lui),
- à un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance (voisin, ami…),
- au service départemental de l'aide sociale à l'enfance (ASE), qui place l'enfant en famille d'accueil ou à la pouponnière s'il ne peut y avoir de famille qui prenne le relais

Dans tous ces cas le lien parent-enfant peut être travaillé soit par les équipes de l'ASE soit au sein des équipes de soins conjoints parents-enfant. Des visites médiatisées sont organisées en néonatalogie.

[22] La **cellule départementale de recueil de traitement et d'évaluation** ou CRIP, est un dispositif départemental lié à la protection de l'enfance en France créé en vertu de la loi du 5 mars 2007

[23] Mesure faisant partie du régime de protection des mineurs et de la possibilité de placer ces derniers hors de leur cadre familial que ce soit en matière civile ou en matière pénale. II s'agit des situations où il y a un danger immédiat pour l'enfant à rester dans son milieu habituel de vie ou il y a urgence à prodiguer des soins à l'enfant.

[24] Formule de maintien à domicile d'un enfant confronté à des situations de mise en danger, à titre d'alternative et de complémentarité à un placement traditionnel, moyennant la mise en place d'une intervention éducative intensive auprès de la famille.

6. Après la maternité

À la sortie de la maternité, plusieurs situations se distinguent :

- Le retour à domicile : quand l'enfant y est en sécurité et que ses besoins peuvent être remplis par les parents
- L'accueil dans la famille : quand les parents ne peuvent pas s'occuper seuls de l'enfant et qu'une suppléance familiale est possible. Une mesure de protection peut être prise ou non.
- L'accueil dans un foyer mère-enfant : quand une mère ne peut accueillir un enfant chez elle, qu'elle n'ait pas de domicile, qu'elle n'y soit pas en sécurité, ou qu'elle ait besoin d'un soutien important avec son bébé.
- Un accueil provisoire (AP) : en cas d'impossibilité temporaire à accueillir l'enfant avec reconnaissance de cette incapacité par les parents. C'est une mesure administrative est régie par un contrat entre les parents et les services sociaux.
- Le transfert du nouveau-né dans un autre service hospitalier (par exemple la chirurgie en cas de malformation
- Un placement de l'enfant en cas de danger (cf. I.5)

Toutes ces situations peuvent être accompagnée d'une mesure de protection de l'enfance (cf.I.5).

7. Contexte local

Un dispositif de soin s'inscrit dans un contexte local, je présente ici la maternité de la Conception, ses liens avec la pédo/psychiatrie et avec les acteurs départementaux et associatifs du réseau périnatal.

7.1 Hôpital universitaire de la Conception

L'hôpital universitaire de la Conception (AP-HM[25]) est située dans le centre-ville de Marseille. Il comporte notamment un hôpital général, un pôle mère-enfant, ainsi qu'un pôle de psychiatrie.

[25] Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

Cet hôpital a donc la spécificité de regrouper une maternité et un pôle psychiatrique sur le même site. Les psychiatres interviennent dans les services de l'hôpital général et à la maternité via une équipe de liaison[26]. Le service des urgences psychiatrique est situé à l'hôpital de la Timone, à 400 mètres de la maternité.

7.2 Pôle femme-parent-enfant

Le pôle femme-parent-enfant regroupe la maternité et la néonatalogie.

La **maternité** est un établissement de niveau III[27] réalisant 2600 accouchements/an[28]. Les femmes viennent pour des suivis de grossesse en consultation et en HDJ, incluant des préparations à la naissance[29] (PNP) et des entretiens prénatals précoces (EPP), des hospitalisations dans le service de Grossesses à Risque Élevé[30] (GRE). Les accouchements ont lieu au bloc naissance, et mère et bébé sont ensuite transférés dans le service de suites de couches (SDC). Si le bébé a besoin de soins intensifs il sera transféré dans le service de néonatalogie et sa mère sera hospitalisée à la maternité.
Les IVG et IMG y sont également réalisées sur place.

Le service de **néonatalogie** accueille les enfants nés prématurément ou ayant besoin de soins pédiatriques. Il dispose de quelques chambres mère-enfant.

Le recrutement de la maternité est à la fois local avec 80% de femmes en situation de précarité, et s'étend à un plus grand rayon pour les grossesse complexes qui nécessitent des soins de haute technicité, disponibles dans une maternité de niveau 3. L'équipe est pluridisciplinaire avec des

[26] L'équipe de psychiatre de liaison vient donner un avis spécialisé ponctuel pour un patient hospitalisé dans un service de soins autres que la psychiatrie, et qui présente des symptômes psychiatriques. Elle pose un diagnostic, peut proposer un traitement ou recommander la mise en place d'un suivi ou une hospitalisation.

[27] Les établissements de niveau III disposent d'un service de réanimation néonatale et sont spécialisés dans le suivi des grossesses pathologiques (hypertension pendant la grossesse, diabète gestationnel…) ou multiples, celles dont on sait qu'elles présentent un risque pour l'enfant à naître.

[28] Moyenne sur 2019-2020

[29] Dispositif et prévention et d'accompagnement à la parentalité formalisé depuis 2005 par la HAS, incluant l'entretien prénatal (32)

[30] Le service des grossesses à risque élevé accueille des femmes qui présentent une pathologie obstétricale ou fœtale nécessitant des soins en hospitalisation, par exemple : un diabète gestationnel, de l'hypertension, une menace d'accouchement prématuré (MAP), une mort fœtale in-utero (MFIU).

sages-femmes, des puéricultrices, des obstétricien.nes, des pédiatres, deux assistantes sociales, et deux psychologues.

Les soins psychologiques sont assurés par deux psychologues temps plein qui offrent des consultations et un suivi, avec un relais vers les deux psychologues de néonatalogie si le bébé y est hospitalisé. Elles vont voir les femmes au cours des hospitalisations.
Un groupe de deuil périnatal mensuel est animé pour les patientes qui ont perdu un bébé.

Jusqu'en septembre 2019, l'intervention des psychiatres et des pédopsychiatres à la maternité s'est faite de manière ponctuelle. Les psychiatres de liaison venaient sur demande, au cours d'une hospitalisation, donner un avis spécialisé en cas de symptôme psychiatrique ou pour adapter un traitement. Les pédopsychiatres donnaient également des avis dans les situations complexes. Leur présence était régulière au staff MPS mensuel. Les femmes étaient surtout rencontrées après leur accouchement. Il n'y avait pas de consultation.

7.3 Soins conjoints parents-bébé à Marseille

Les soins parents-bébé sont assurés par les services de pédopsychiatrie situés dans d'autres hôpitaux. Trois structures existent (cf. Annexe 1) :

1. l'**Unité Parents-enfant** de l'hôpital Sainte-Marguerite (AP-HM) avec des hospitalisations de jour et de semaine (I.2.2), des consultations ponctuelles, sur un recrutement régional.
2. l'**Unité de soins précoces Didier Houzel**, du Centre Hospitalier Édouard Toulouse propose des consultations, CATTP[31], des visites à domicile, pour les personnes vivant dans certains arrondissements de Marseille (1er-3e, 13e-16e)
3. la nouvelle **équipe mobile périnatale** du Centre Hospitalier propose des suivis et des visites à domicile (10-11-12e arrondissements) depuis septembre 2020.

7.4 Centre Expert Bipolaires

Le Centre Expert Bipolaires de l'hôpital Sainte-Marguerite propose des consultations trouble bipolaire et parentalité. Les psychiatres du centre expert ont une activité de recherche,

[31] CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

notamment sur les psychotropes et l'allaitement. Ils ont développé un partenariat avec la PMI et avec l'Unité Parents-enfant.

7.5 Le réseau de soins périnatals local

Les différents acteurs participant au parcours de soins des patientes ayant un trouble psychiatrique est présenté Figure 2.

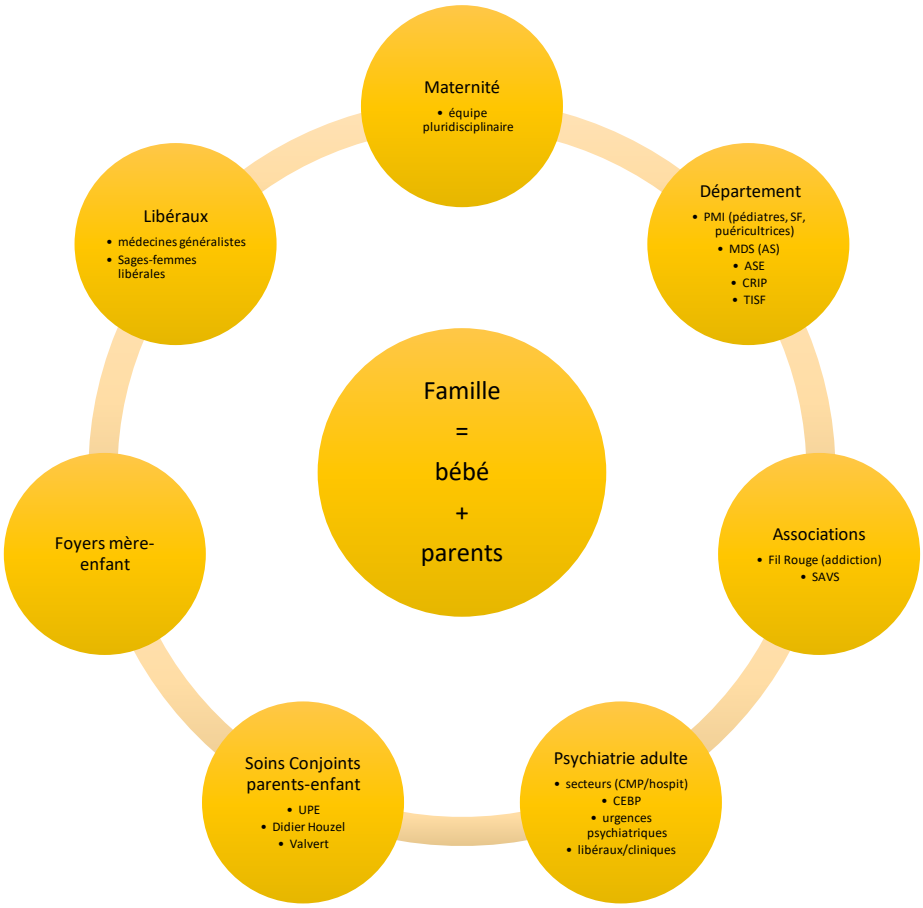


Figure 2: Réseau de soins périnatals pour les parents ayant des troubles psychiatriques.

Par ailleurs, le Réseau Méditerranée[32] est le réseau de périnatalité qui couvre la région PACA ainsi que la Corse et la principauté de Monaco. Il a pour mission de coordonner et de soutenir les professionnels de santé pour accompagner notamment le suivi des plus vulnérables.

[32] https://www.reseauperinatmed.fr

8. Staff médico-psycho-social

Une réunion de coordination, appelée staff médico-psycho-social (MPS) a lieu à la maternité depuis 2018. Son organisation est régie par un règlement intérieur (cf. Annexe 2) qui s'inscrit dans la Convention définissant le partenariat entre l'AP-HM, titulaire d'une autorisation d'activité de périnatalité, et le Conseil Général 13[33].

Les objectifs généraux sont d'une part d'optimiser la prise en charge des femmes/familles en situation de fragilité/vulnérabilité médico-psycho-sociale et d'autre part de prévenir l'aggravation de leurs difficultés, en améliorant la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité.

Les objectifs opérationnels sont :

- Mettre en place, au travers d'un groupe pluri professionnel et pluri institutionnel autour de la naissance, des **stratégies de prévention et de prise en charge** les mieux adaptées
- **Partager l'information** et analyser les situations afin de **coordonner** et d'**améliorer la cohérence** des prises en charge des femmes enceintes en situation difficile, **le plus en amont et le plus précocement** possible
- Garantir une bonne **transmission de l'information** en respectant le secret professionnel et médical et le droit des usagers
- Favoriser l'**articulation** des différents partenaires de la périnatalité

Conformément à la Convention, le staff MPS est composé de différentes équipes :

- Équipe de maternité : un gynéco-obstétricien, une sage-femme, des sages-femmes **coordonnatrices**, un pédiatre, une puéricultrice, une assistante sociale, une psychologue
- Équipe PMI : un médecin PMI, une sage-femme, une puéricultrice
- Équipe de néonatalogie : un pédiatre
- Équipes de psychiatrie : un psychiatre de liaison et un pédopsychiatre de périnatalité
- Équipe PASS[34] : une assistante sociale

[33] La protection de l'enfance est une compétence obligatoire des départements. Le conseil général est responsable des services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et des actions de protection maternelle et infantile (PMI).

[34] Permanence d'Accès aux Soins de Santé

- Autres : personnes invitées (ASE, TISF, …) en fonction des dossiers présentés.

La fréquence du staff, définie par la charte, est mensuelle.

Le staff comporte 3 niveaux d'actions :

- **Soins et prise en charge** : la conduite à tenir globale qui définit donc le parcours de soins de la femme et du bébé
- **Prévention** avec l'anticipation des situations complexes avec repérage précoce, prévention pour l'enfant à venir en particulier de négligence et de maltraitance
- Pilotage (**Coordination**) pour coordonner le parcours de santé avec les différents intervenants

L'outil principal est la **fiche de liaison périnatale** présentée en Annexe 3. Elle permet de centraliser l'ensemble des données dans le dossier médical : synthèse de la situation, correspondants, trace de l'information donnée à la patiente, consentement de la patiente ou tuteur, environnement familial, traitement, conduite à tenir proposée en ante natal, suite de couches, post-natal, …

Les conduites à tenir sont réévaluées à chaque staff afin d'être adaptées à l'évolution et/ou aux nouvelles difficultés apparues.

<u>Le référent patient pour la maternité</u>

Un professionnel de la maternité suivant la patiente : médecin, sage-femme, psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, assistante sociale

- Propose en amont, au coordonnateur, de présenter un dossier en staff
- Informe la patiente de la présentation de son dossier en staff MPS, lui explique le fonctionnement du staff et l'objectif de cette présentation et recueille son consentement (la modalité sera définie par le service juridique)
- Complète le verso de la fiche de liaison tout au long du suivi pour son activité (conduites à tenir)
- S'assure avant le staff que la fiche est complétée en recueillant les informations auprès des différents professionnels directement concernés
- Présente le dossier en staff après accord de la patiente ou sans accord de celle-ci dans le contexte de danger avéré pour les personnes
- Inscrit sur la fiche de liaison les décisions prises en staff

- Restitue les décisions prises en staff à la patiente ou délègue cette restitution à un professionnel identifié par le staff

9. Création d'un poste d'interne de psychiatrie à la maternité

Un poste d'interne de pédo/psychiatrie a été créé en septembre 2019 à titre expérimental pour deux mois. Il s'agissait initialement de participer au staff MPS et d'offrir des consultations de psychiatrie périnatale, en particulier pendant la grossesse. C'est le besoin qui avait été identifié en amont par l'équipe de la maternité et la psychiatre de liaison.

J'ai commencé ma pratique clinique en m'appuyant sur les connaissances acquises à l'unité Parent-Enfant et en m'inspirant des psychiatres de liaison et des staffs MPS des grandes maternités du département (Hôpital Nord, Hôpital Saint-Joseph, Centre Hospitalier du pays d'Aix).

Le travail a débuté par la présence deux jours par semaine pour des consultations et la liaison, ainsi que la participation au staff MPS mensuel. J'ai rédigé une fiche de poste (cf. Annexe 4) avec mes coordonnées, mes disponibilités, les indications[35] et les objectifs afin de rendre lisible mes disponibilités et mon activité. Un point important était de clarifier les indications de la consultation de psychiatrie par rapport à celle des psychologues.

Les premières orientations ont été faites par les obstétriciennes et les sages-femmes, la psychologue puis la pédiatre, pour des indications aussi variées que dépression post-natale, violences conjugales avec intrications psychiatriques, psychose chronique. Les consultations sont tracées dans le dossier médical de grossesse et un retour est fait au professionnel qui adresse.

En m'appuyant sur la fiche de la maternité de Saint-Joseph, j'ai rédigé et adapté une **fiche de liaison de psychiatrie périnatale** pour les femmes que je recevais et/ou suivais en anténatal pour anticiper l'accouchement et le séjour en suite de couche (cf. Annexe 5).

[35] Motifs pour lesquels un professionnel de première ligne va proposer cette consultation à une patiente

Pour permettre une continuité du suivi, j'assurais la liaison pendant l'hospitalisation, aux Grossesses à Risques (GRE) et en suites de couches, et des consultations postnatales.

J'ai ensuite continué ce travail à mi-temps :

- Un semestre (nov. 2019 – mai 2020) à la liaison de psychiatrie de l'hôpital de la Conception, j'ai pu être présente tous les jours à la maternité.
- Le semestre suivant (mai – nov. 2020) en pédopsychiatrie dans le service du Pr Poinso où j'étais présente deux jours par semaine à la maternité.

J'ai été principalement supervisée par la psychiatre de liaison.

Au fur et à mesure, l'activité s'est précisée en fonction des besoins spécifiques du terrain. En effet, comme écrit S. Nezelof : « C'est lorsqu'il y a une offre de soin (au sens d'attention du terme) que la demande peut se déployer. Offre et demande de soins sont sans doute à considérer comme un pas de deux qui se co-construisent et se co-animent, chacune étant alimentée par l'autre. » (13)

10. Problématique locale

Dans les situations périnatales souvent complexes, le soin psychique doit être pensé à différents plans : celui de la patiente pour soulager sa souffrance si manifeste, celui de l'enfant qui peut être mis en danger ou dont les besoins peuvent être négligés, et enfin du point de vue de l'équipe de soin mise à mal par ce chaos.

L'intégration des soins psychiatriques dans l'organisation de la maternité va se concrétiser par l'amélioration du parcours de soins à la maternité des patientes ayant un trouble psychiatrique ou carencées, et de leurs bébés. L'amélioration du parcours de soins se définit en termes de pertinence, d'efficacité, de continuité, de qualité, et de sécurité de la prise en charge. **Comment améliorer le parcours de soins** à moyens constants ?

Une première étape a été de créer un poste d'interne à la maternité. Qu'est-ce que l'expérience du terrain nous apprend ensuite ? Nous chercherons, grâce à une démarche qualité, à

transformer l'action en connaissance. L'observation sur le terrain avec ce qu'elle apporte en supplément des généralités, permet de construire des propositions concrètes.

L'hypothèse est qu'il ne suffit pas de proposer des consultations de psychiatrie mais qu'il faut opérer une transition d'un fonctionnement pluridisciplinaire à une collaboration interprofessionnelle efficace.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Démarche gestion de la qualité (PDCA)

Le concept qui sous-tend une démarche d'amélioration des soins est la **démarche gestion de la qualité**[36] dite **PDCA** (Plan, Do, check, Act). Elle est implémentée à la maternité de la Conception depuis 2010 avec une équipe de professionnels dédiée et des évaluations régulières des pratiques professionnelles.

La démarche PDCA comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux.

1. **P**lan : observer, préparer, planifier (ce que l'on va réaliser)
2. **D**o : développer, réaliser, mettre en œuvre (ce qu'on a planifié)
3. **C**heck : contrôler, vérifier (ce qu'on a réalisé)
4. **A**ct (ou **A**djust) : agir, ajuster, réagir

Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité du processus. Elle est illustrée par la **Roue de Deming**, présentée en Figure 3.

« Le cycle PDCA sert à transformer une idée en action et l'action en connaissance. Utiliser le cycle de façon correcte nécessite discipline et effort. » (33)

[36] La gestion de la qualité est une discipline du management regroupant l'ensemble des concepts et méthodes visant à satisfaire les clients d'un organisme (en général les entreprises, associations, organismes publics) et à fournir des produits et services correspondant à leurs attentes

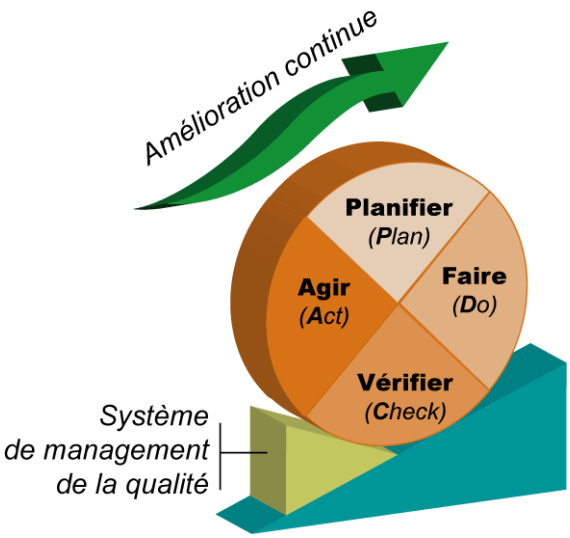


Figure 3 : Roue de Deming - Extrait de kaizen-skills.ma

Ce concept a été utilisé pour améliorer le parcours de soins des patientes porteuses de troubles psychiatriques et carencées à la maternité. Les quatre étapes sont alors :

1. Plan : état des lieux thérapeutique initial (septembre 2019) puis établissement d'un parcours de soins optimal théorique à l'aide de références cliniques et théoriques
2. Do : mise en place des nouveaux soins psychiatriques à la maternité (entre septembre 2019 et fin 2020)
3. Check : évaluer l'écart entre parcours de soins optimal et actuel (fin 2020-début 2021)
4. Act : proposer des améliorations afin de réduire l'écart (à implémenter à partir de 2021)

2. Objectif de l'étude

Cette étude est une recherche-action[37] dont le but est de déterminer comment améliorer efficacement le parcours de soins des patientes ayant un trouble psychiatrique ou carencées dans une maternité de niveau III.

En s'appuyant sur la démarche qualité, ses objectifs sont de :

- Réaliser un état des lieux clinique et thérapeutique

[37] Méthodologie de recherche scientifique qui vise à mener en parallèle et de manière intriquée l'acquisition de connaissances scientifiques et des actions concrètes et transformatrices sur le terrain

- Identifier les points d'écart entre le parcours de soins optimal[38] et le parcours de soins actuel local
- Identifier des leviers potentiels les plus puissants pour optimiser le parcours de soins en
    - Priorisant les situations cliniques
    - Mettant en place des actions concrètes

3. Méthodologie

Cette étude repose sur une méthodologie mixte avec une approche quantitative descriptive et une approche qualitative comportant une observation participante et des entretiens semi-structurés, réalisés par l'investigatrice.

L'étude quantitative permet de faire un état des lieux précis de l'activité clinique afin d'en dégager les grandes caractéristiques des patientes suivies et de leur parcours de soins.

La partie qualitative permet de comprendre un phénomène en mettant l'accent sur les **expériences et les points de vue de tous les participants** (34). Elle comporte :

- l'expérience de l'interne en psychiatrie de la maternité
- l'expérience de chacune des catégories de professionnelles impliquées dans le parcours de soins.

3.1 Étude descriptive

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été établis afin de faire un état des lieux le plus large sur la pratique clinique. Tout.es les patient.es ayant été vu.es en consultation par l'interne de pédopsychiatrie de novembre 2019 à mai 2020 (6 mois) et suivie pour leur grossesse dans une maternité de l'APHM ont été inclu.es. Ces dates ont été choisies car elles correspondent au semestre où les actes ont été côtés de la manière la plus exhaustive.

b) Modalité

L'étude descriptive repose sur un audit des dossiers patient.

[38] Tel que défini dans la section I.2.1

c) Données recueillies

Données sociodémographiques

L'âge, le sexe, le pays d'origine des patients ont été recueillis, ainsi que le mode de vie, l'emploi, et la perception de l'AAH[39].

Éléments psychiatriques

Le diagnostic psychiatrique principal et les diagnostics psychiatriques associé suivant la CIM-10[40], les traitements, les antécédents de tentatives de suicide et d'hospitalisation en psychiatrie sont relevés.

Éléments de contexte parental

Des facteurs de risques de négligence ou de maltraitance principaux évoqués dans la littérature (8,35) ont été relevés :

- abus de substance
- placement durant l'enfance
- précarité
- mesures de protection chez les aînés : enfants placé(s), AEMO[41], IP
- violences conjugales

Parcours de soins

Les date et lieu de la première consultation, le moment du début de la prise en charge (grossesse ou post-partum), la fonction de la personne ayant adressé, le nombre d'actes de psychiatrie côtés par patiente, la présentation au staff MPS, l'hospitalisation en psychiatrie au cours de la grossesse/du postpartum, l'orientation vers des soins psychiatriques ou des soins mère-enfant en sortie de maternité ont été retracés.

[39] Allocation Adulte Handicapé

[40] CIM10 : Classification internationale des maladies, 10e édition

[41] Aide éducative en milieu ouvert : mesure judiciaire prise pour protéger l'enfant, qui vit chez ses parents. Les parents sont contraints par le juge à recevoir cette aide.

Éléments obstétricaux

La parité[42], les complications obstétrico-foetales et la voie d'accouchement[43] ont été relevés sur les comptes-rendus d'accouchement.

Devenir de l'enfant

Le terme (normal ou prématuré) à la naissance et le devenir de l'enfant à la sortie de la maternité (cf. I.6) ont été recueillis.

d) Analyse statistique

Les variables qualitatives sont exprimées en effectifs et en fréquence, les variables quantitatives en moyennes et écarts-types. L'analyse descriptive des données a été faite avec l'outil analyse d'Excel.

3.2 Approche qualitative

a) Technique d'observation directe participante

Généralités

L'« observation participante[44] » consiste, pour l'enquêteur, à faire partie du contexte dans lequel le fonctionnement d'un système est étudié. L'observation participante est principalement utilisée lorsqu'on souhaite obtenir des connaissances approfondies sur une culture particulière, un groupe de personnes ou sur le comportement des individus. L'observateur prend part au système qu'il étudie et sa présence-même modifie ce qu'il se passe.

Immersion à la maternité

J'ai passé 14 mois à la maternité de la Conception, sur le poste ouvert à titre expérimental (voir I.9). Je me suis intégrée dans l'équipe, en étant présente, disponible sur site et réactive, et en

[42] Nombre d'accouchement antérieur

[43] Accouchement par voie naturelle « basse » ou par césarienne

[44] La notion d'« observation participante » a été développée par l'anthropologue B.Malinowski dans les années 1925-30. Elle suppose de la part du chercheur une immersion totale dans son terrain pour tenter d'en saisir tous les détails, toutes les subtilités. L'imprégnation compte tout autant que l'observation intentionnelle.

apprenant les codes de l'équipe. J'ai ainsi tissé un lien de confiance avec les professionnel.les de la maternité, avec qui j'ai pu largement échanger sur leurs pratiques.

Matériel recueilli

J'ai recueilli des éléments :

- cliniques
- du parcours de soins
- du fonctionnement du staff MPS
- du fonctionnement global de l'équipe

b) Technique d'entretien semi-structuré

Généralités

Les entretiens permettent de creuser la problématique et d'aborder le questionnement sous différents prismes. Ils sont réalisés auprès de personnes ayant une grande expérience en termes de pratiques et une réflexion sur le sujet.

Collection des données

- Contenu du questionnaire

Le guide d'entretien a été conçu à partir des résultats de l'observation participante et de références bibliographiques. Il est présenté à l'Annexe 6. Le but est de récolter l'expérience professionnelle.

Il est composé de 7 questions portant sur :

1. Points forts et points à améliorer de la prise en charge actuelle
2. Situations difficiles
3. Interlocuteurs dans les situations difficiles
4. Attentes vis-à-vis d'un psychiatre/pédopsychiatre à la maternité
5. Outils de travail nécessaires
6. Structure de soins
7. Thématiques de formation

Il y a ensuite un temps libre d'échange.

Les trois premières questions permettent d'identifier l'écart au parcours de soins optimal, les quatre suivantes permettent de proposer des améliorations dans quatre axes : ressources humaines, outils, structure de soin, formation.

- Passation des entretiens semi-structurés

Un représentant de chaque profession intervenant dans le parcours de soins des patientes ayant des troubles psychiatriques et des carences ont été choisi, et ce dans tous les services de la maternité. Cela inclut :

- les professionnelles du staff MPS qui prennent les décisions (obstétricienne, pédiatre, sages-femmes coordinatrices et référentes, psychologue, assistante-sociale),
- les professionnelles de premières lignes en contact avec les mères et les bébés (sages-femmes, infirmière, puéricultrice, auxiliaire de puériculture) des différents services (bloc naissance, suites de couches, GRE, consultations et HDJ),
- les sages-femmes de coordination, qui m'ont offert une vision globale de leur service et du pôle.

Afin d'accéder à cette diversité de professions, un objectif de 12 entretiens a été proposé, sous réserve de respect du critère de saturation du discours[45]. Je me réservais la possibilité de clôturer prématurément le recueil si celui-ci devenait redondant, ou au contraire de le prolonger dans le cas contraire.

Les professionnelles sont rencontrées sur leur lieu de travail, à la maternité, dans le lieu qui leur convient. L'entretien est enregistré avec l'accord de la professionnelle, et des notes sont prises à l'ordinateur pendant la passation. Le nom, la fonction, la durée et le lieu de l'entretien sont notés. Les entretiens ont tous été réalisés par l'investigatrice principale, à savoir l'interne de psychiatrie de la maternité.

Analyses

Les entretiens semi-structurés font l'objet d'une analyse traditionnelle de contenu thématique. Cette analyse consiste :

- dans un premier temps en une lecture attentive des retranscriptions de chaque entretien, permettant d'isoler les thèmes liés aux représentations des professionnelles interrogées.

[45] La saturation renvoie à un critère d'arrêt de la sélection reposant sur l'idée que l'ajout de donnée ou le développement de nouvelles catégories n'apporteront pas de nouvelles informations

- dans un deuxième temps, à chercher l'ensemble des entretiens les thèmes communs afin d'isoler des domaines de sens (36).

Une synthèse est ensuite effectuée.

III. RESULTATS

En moyenne 2600 accouchements ont lieu par an à la maternité de la Conception.

1. Étude descriptive

a) Population incluse

39 patient.es ont été vu.es par l'interne de psychiatrie de la maternité entre le 1er novembre 2019 et le 1er mai 2020.

Parmi ces 39 patient.es :

- 37 femmes ont accouché dans une maternité de l'AP-HM (Hôpital de la Conception ou Hôpital Nord).
- Un était un père dont la compagne a accouché à la maternité et a également été rencontrée par l'interne.
- Une patiente a été exclue car elle ne présentait pas de trouble psychiatrique et qu'elle n'a pas été suivie à l'APHM pour sa grossesse (elle consultait pour une demande d'IMG pour motif fœtal)

Au total, 38 patient.es ont donc été inclus.es dans l'étude descriptive.

b) Données sociodémographiques

L'âge moyen des patientes est de 30,6 ans ± 7,2 (étendue 16–45). L'âge médian est de 33,5 ans. On compte 4 patientes de moins de 20 ans (11%), dont 1 mineure, 31 patientes entre 20 et 40 ans (19 %), et 3 patientes de 40 ans et plus (8 %).

Sur 38 patient.es, 24 sont originaires de France métropolitaine (63%), 9 du Maghreb (24%), 3 des Comores et de Mayotte (8%), 2 d'Afrique noire (5%). 28 sont sans emploi (74%), 7 travaillent (18%) et une est en arrêt maladie. 8 sont bénéficiaires de l'AAH (21%). 23 vivent en couple (60%), 11 vivent seules (29%), dont 3 séparations pendant la grossesse, 2 sont SDF (5%), une vit en foyer (3%), une vit dans sa famille (3%).

Les résultats sont présentés dans Figure 4 et Figure 5.

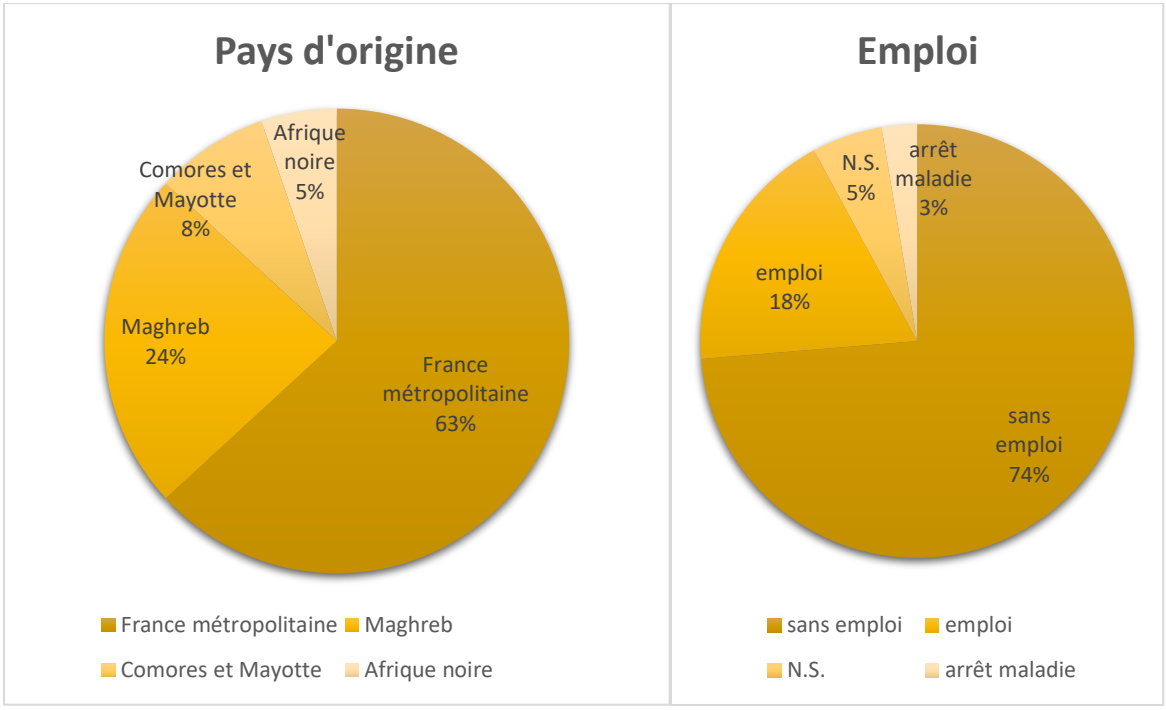


Figure 4 : Répartition des pays d'origine et de l'emploi.

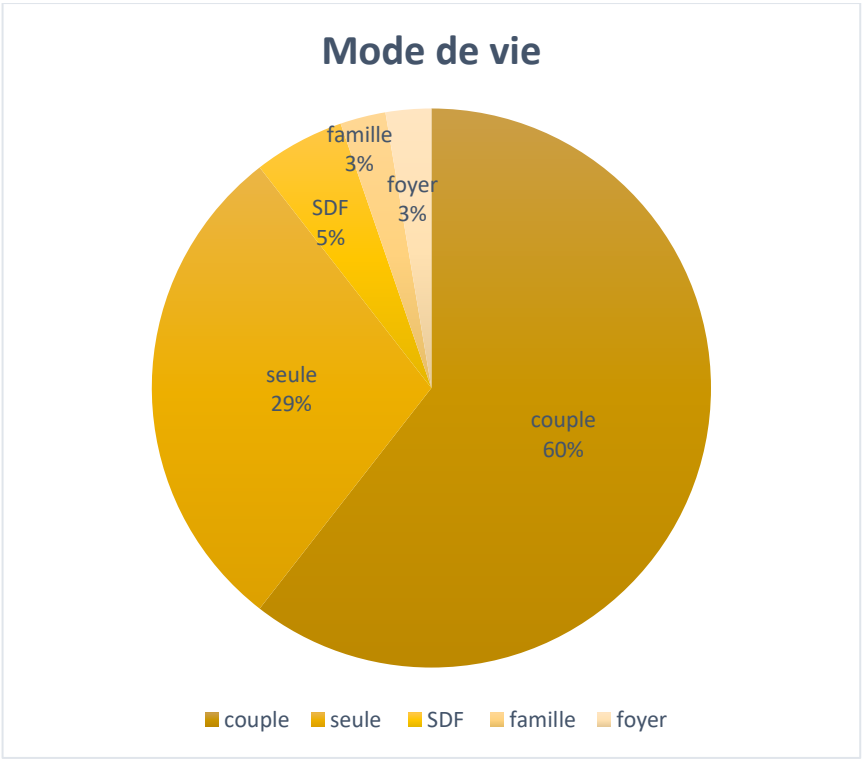


Figure 5 : Répartition des modes de vie

c) Antécédents et diagnostics psychiatriques

L'ensemble des diagnostics psychiatriques principaux et associés ont été comptés, les plus représentés sont : trouble dépressif chronique (n=6) dont 3 avec épisode dépressif de la grossesse, des troubles anxieux ou anxio-dépressifs (n=7 dont 2 TOCS), troubles schizophréniques (n=5), troubles de la personnalité borderline (n=4), dépressions isolées (n=6) au cours de la grossesse (n=4) et du post-partum (n=2), PTSD (n=2), retard mental (n=2). Une patiente présentait un trouble bipolaire. 8 patientes ont au moins deux troubles associés.

29 patient.es sont sous traitement psychotrope pendant la grossesse ou le post-partum (76%), dont 14 des antidépresseurs (35%), et 11% des antipsychotiques (28%). 8 prennent une association de psychotropes (21%).

Un tiers des patient.es ont déjà fait une tentative de suicide (TS), 21% au moins 3 TS. 14 ont déjà été hospitalisé.es en psychiatrie (35%), dont la moitié au moins 3 fois (Figure 6). 6 sur 38 ont été hospitalisé.es en psychiatrie au cours de la grossesse (16%).

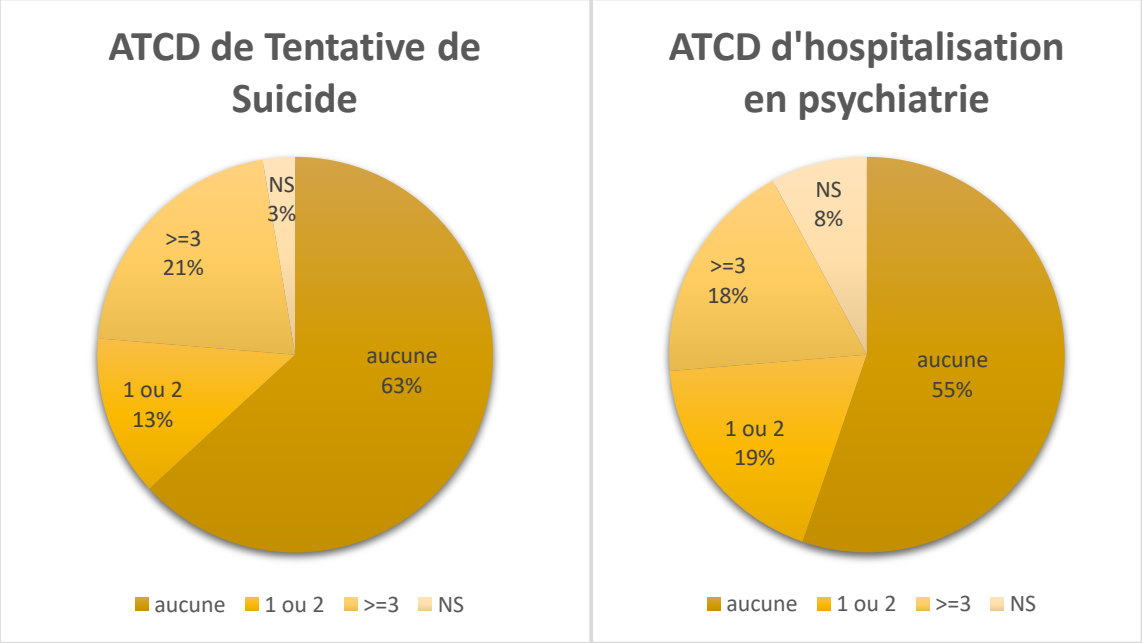


Figure 6 : Répartition des antécédents de suicide et d'hospitalisation en psychiatrie

d) Éléments de contexte parental

Sur 38 patient.es, 24 sont en situation de précarité importante (63%). 6 vivent dans un contexte de violences conjugales (16%), dont 2 graves avec un compagnon incarcéré pour ce motif (5%), 7 consomment des toxiques (18%). 8 ont été placées pendant leur enfance, ou ont subi des

maltraitances graves (20%), 5 ont une mesure de protection sur un aîné (13%) : 3 placements, 1 AEMO[46] et une évaluation d'IP en cours (Tableau 1).
7 sont considérées comme des famille carencées (18%), c'est-à-dire avec une accumulation de facteurs de risque.

Facteurs de Risque	n	%
violences conjugales	6	16%
dont mari incarcéré/signalement	2	5%
toxiques	7	18%
dont méthadone	2	5%

Mesures protection ainés	n	%
placement	3	8%
AEMO	1	3%
IP	1	3%
total	5	13%

Antécédents dans l'enfance	n	%
placement	7	18%
maltraitance grave	1	3%

Tableau 1: Éléments de contexte parental

e) Éléments du parcours de soins

Sur 38 patient.es, 31 premières consultations ont eu lieu pendant la grossesse (82%), et 7 en post-partum (18%) (Figure 7, gauche).

Les lieux de la première consultation étaient : la consultation (n=23), les suites de couches (n=6), le service des GRE (n=4), un service de psychiatrie (n=2), le service d'endocrinologie (n=2), le bloc d'accouchement (n=1) (Figure 7, droite).
Les professionnels ayant adressé sont dans l'ordre de fréquence les obstétriciens (29%), les sages-femmes (24%) et les psychiatres (16%), les psychologues de la maternité et de la néonatalogie (11%), la pédiatre (8%), l'assistante sociale (5%) une endocrinologue (3%), le staff MPS ou deux intervenants 3%.

Le nombre d'actes de psychiatrie côtés par patiente se situait entre 1 et 28 avec une moyenne de 5,9 et un écart type de 5,4 actes/patient.e. La médiane est de 4 actes/patient.e.

[46] Aide éducative en milieu ouvert, mesure éducative judiciaire imposée par un juge à la famille.

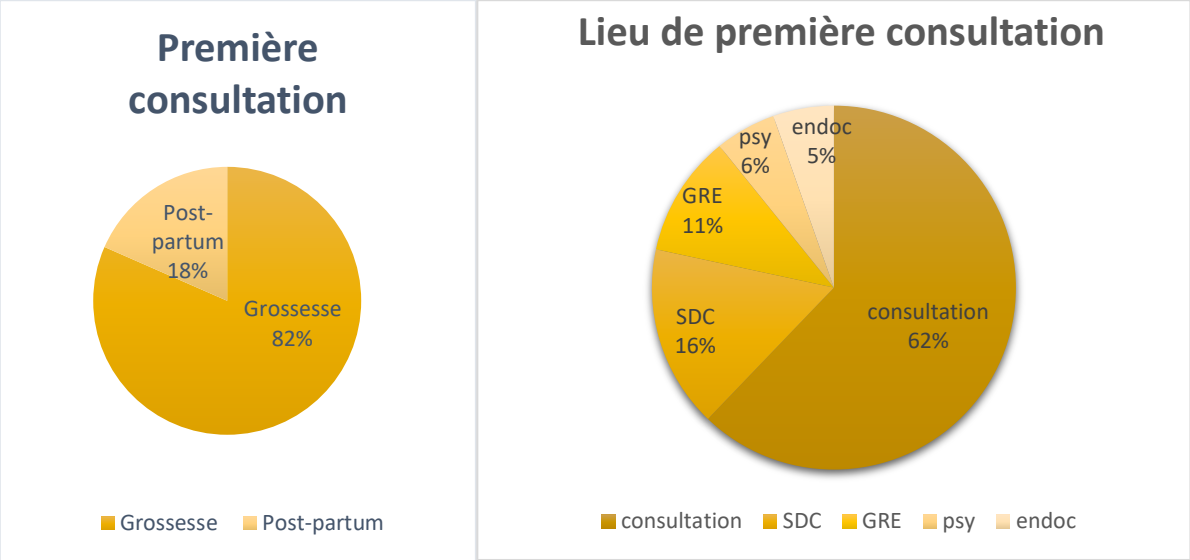


Figure 7 : Répartition des moments et des lieux des premières consultations

23 patient.es ont été présenté.es au staff MPS (61%).

5 femmes et 1 homme ont été hospitalisé.es en psychiatrie au cours de la grossesse (6%) : 5 étaient déjà hospitalisé.es quand i.elles sont venu.es en consultation pour la première fois, 1 a été transférée en psychiatrie à partir de la maternité.
Aucune patiente n'a été transférée de novo de la maternité à un service de psychiatrie en post-partum. Deux patientes sont retournées en service de psychiatrie après leur accouchement, leurs bébés prématurés étaient hospitalisés à la néonatalogie.

À la sortie de la maternité, 17 patient.es ont eu un relais vers la psychiatrie de l'adulte (45%), 14 n'en n'ont pas eu (37%), absence de donnée pour 6 patientes. Une a eu un relais vers l'association Osiris[47] (qui a mis un an à être effectif) (Figure 8, gauche).

En termes de soins conjoints : 20 n'ont pas bénéficié de soins conjoints à la sortie de la maternité (53%), 8 ont été adressées vers des soins externes (équipe Didier Houzel (DH)) (21%), 3 sont

[47] **L'association Osiris** s'adresse à des exilés ayant connu des guerres, des tortures, des conflits ethniques, des génocides, des massacres, des déplacements de population et des exils forcés. Osiris accueille des hommes, des femmes, des adolescents et des enfants, seuls ou en famille, ayant subis des violences physiques et psychiques qui ont entraîné des traumatismes graves. L'équipe de soin, spécialisée et pluridisciplinaire, comprend assistante sociale, interprète, ostéopathe, psychiatre, psychologue clinicien, et psychologue social.

accompagnées intensivement par la PMI (8%), une patiente va en HDJ à l'Unité Parent-Enfant (UPE) (3%) (Figure 8, droite).

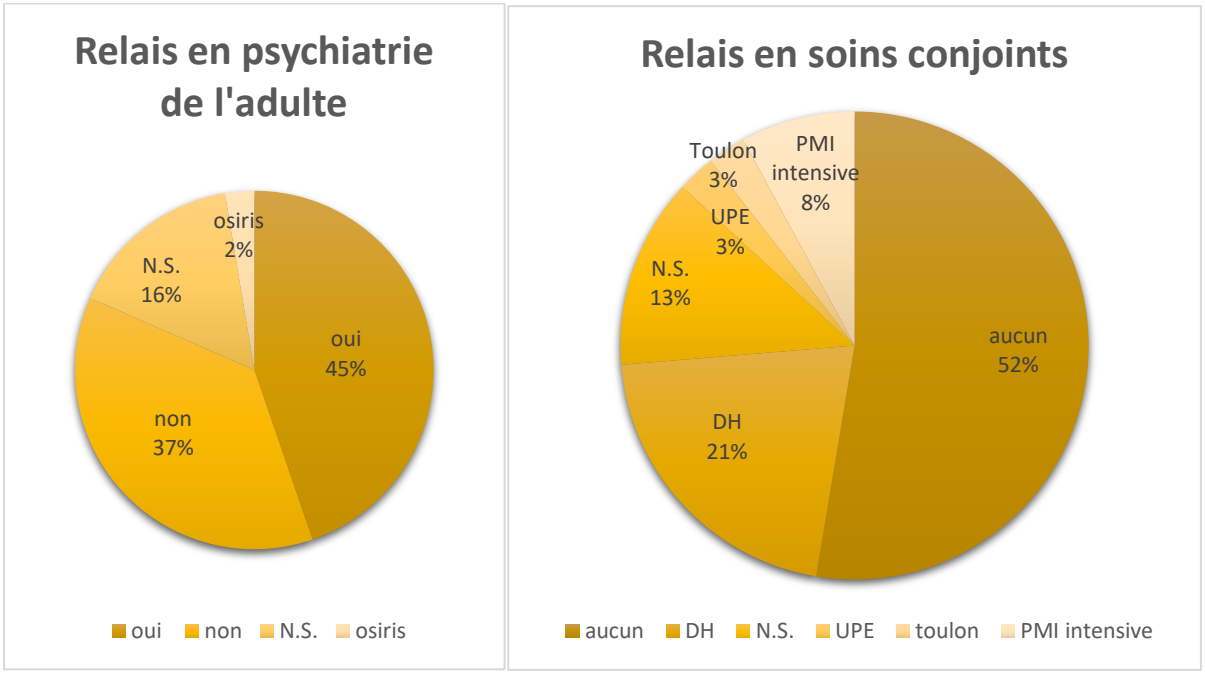


Figure 8 : Répartition des relais vers la psychiatrie adulte et vers des soins conjoints

f) Éléments obstétricaux

Sur 37 femmes, 21 sont multipares (57%), 16 sont primipares (43%). C'est le premier enfant de l'homme inclus.

Sur 37 accouchements, 24 ont eu lieu par voie basse (65%), dont un en service de psychiatrie, 23 par césarienne (35%). 8 femmes (21%) ont eu des complications obstétricales (2 MAP[48], 1 accouchement traumatique, 1 placenta percreta[49], 1 pré-éclampsie[50]) ou fœtales (2 MFIU[51], 1 malformation grave). On note 2 dénis de grossesse partiels[52].

g) Devenir de l'enfant

Sur 37 bébés, 5 sont nés prématurément (14%).

27 bébés sont rentrés avec leurs parents à domicile (RAD) sans mesure de protection (73%), 5 ont été placés à la pouponnière après un signalement au procureur (14%), 1 a bénéficié d'un

[48] Menace d'accouchement prématuré
[49] Anomalies de l'insertion placentaire
[50] Hypertension associée à une protéinurie
[51] Mort fœtale in-utero
[52] Grossesse découverte très tardivement

accueil provisoire (AP) (3%), 1 a été en foyer mère-enfant (3%), 1 a été hébergé chez la grand-mère maternelle (GMM) (3%), 1 bébé a été hospitalisé en service de chirurgie pour malformation grave. Une Information Préoccupante a été faite pour un enfant rentré à domicile (3%) (cf. I.6 et I.5). Les résultats sont présentés Figure 9.

Sur les 5 enfants placés : 4 étaient le premier enfant d'une mère porteuse d'un trouble schizophrénique vivant dans un contexte d'errance et de précarité avec une consommation de toxiques pour 3 sur les 4, 3 sur les 4 bénéficiaient de l'AAH, la quatrième en bénéficie à ce jour. Le cinquième avait une mère polytoxicomane dans un contexte de délinquance avec un ainé placé. Trois des mères ont été hospitalisée au cours de la grossesse (sur 5 hospitalisations de femmes au cours de la grossesse). Concernant les pères de ces enfants 2 étaient inconnus, 2 sans papiers, et un porteur d'un trouble psychiatrique.

Sur les 8 femmes bénéficiaires de l'AAH : 3 ont vu leur enfant placé dès la maternité, l'une l'a confié en accueil provisoire (dans le contexte du confinement, mais il est actuellement placé), une est entrée en foyer mère-enfant (et est actuellement ré-hospitalisée en psychiatrie), deux ont eu un accompagnement intensif de la PMI associé à l'équipe à des soins conjoints externes, et une a été à l'UPE en HDJ jusqu'aux 18 mois de son enfant.

Sur les 4 femmes porteuses d'un trouble schizophrénique, toutes ont été séparées de leur bébé.

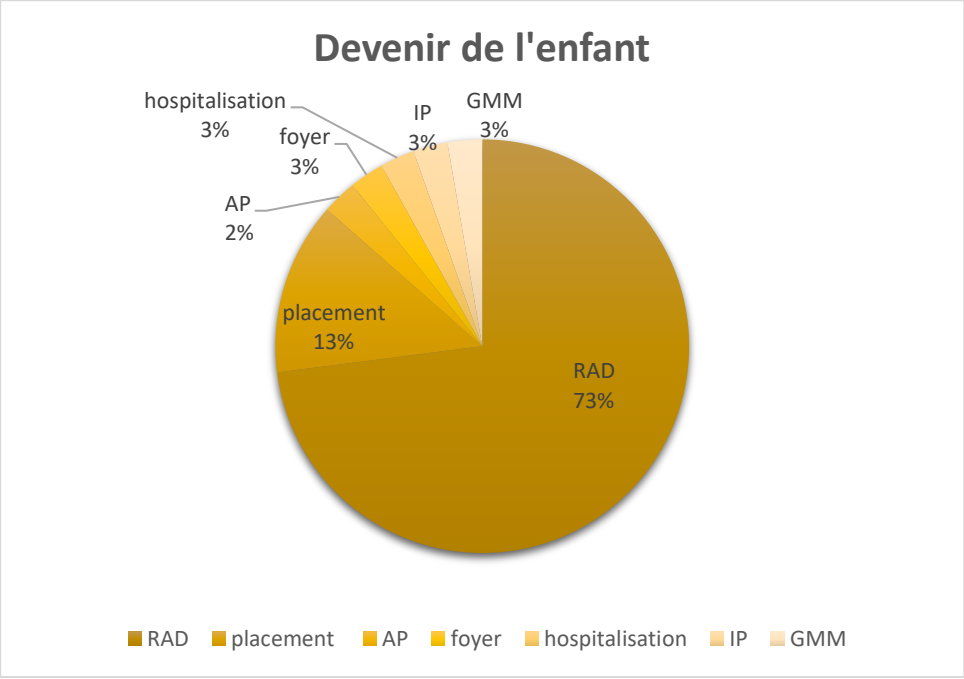


Figure 9 : Répartition du devenir de l'enfant à la sortie de la maternité

2. Observation participante

Au cours de mes différents postes d'interne à la maternité, j'ai recueilli des éléments :

2.1 Cliniques

La **peur qu'on leur retire leur bébé** est récurrente chez les femmes ayant des troubles psychiatriques chroniques type borderline ou schizophrénie, ou ayant des antécédents de placement, ainsi que chez leur compagnon.

Les situations de **violences** sont occasionnelles. Les annonces d'Information Préoccupante ou de signalement donnent parfois lieu à des menaces ou à des intimidations. Une patiente a été hospitalisée en psychiatrie pendant sa grossesse, dans un contexte de rupture de traitement et de trouble du comportement grave avec menaces sur le personnel.

Les interruptions de grossesse sont délicates, soit que la femme découvre tardivement sa grossesse ou n'aille pas au bout du processus de l'IVG par difficulté d'accès au soin, soit qu'il y ait un échec d'une IVG médicamenteuse. Une vignette clinique est proposée dans la section IV.7.

2.2 Parcours de soins

a) Repérage

Les adressages sont globalement pertinents quel que soit le corps de métier. Le repérage des troubles psychiques se fait de manière intuitive par les sages-femmes (sentiment d'étrangeté, comportement atypique), qui ne peuvent pas toujours exprimer l'origine de leur inquiétude. Elles sont souvent mal à l'aise pour questionner sur les thématiques psychiatriques.

b) Addictions

Les patientes ayant des problèmes d'addiction sont adressées au Fil Rouge[53]. Cependant il n'y a pas d'addictologue présent à la maternité, ou de lien formalisé avec les services d'addictologie

[53] **Le Fil Rouge** : Équipe Mobile de Prise en charge Addictions et Parentalité. Le Fil Rouge s'adresse aux femmes enceintes, aux futurs pères et aux parents rencontrant une problématique d'addiction, ainsi qu'à leur entourage. Le but est d'accompagner le temps de la grossesse et de la naissance de l'enfant et de soutenir la fonction parentale et les liens familiaux dans les différents temps du développement de l'enfant. Le Fil Rouge accompagne le parent vers le soin de l'addiction en favorisant la Réduction des risques, l'accès aux soins et la continuité des soins.

ce qui fait défaut à ces mères souvent très vulnérables, et aux bébés exposés in utero à des consommations.

c) Adhésion aux soins

Chez les femmes ayant des troubles psychiatriques invalidants, on retrouve deux types de parcours de soins opposés avec soit de nombreuses consultations pendant la grossesse, soit au contraire un suivi erratique. Les consultations sont irrégulières, souvent non honorées. La présence de l'interne sur place a permis de coupler les RDV de psychiatrie avec ceux du suivi obstétrical et de favoriser le suivi. C'est une « urgence » car sinon il n'y a pas de soin. L'adhésion aux soins est un facteur protecteur majeur tant pour la patiente que pour la prévention de la séparation mère-enfant. Par contre, les refus de soins, par le danger qu'ils créent pour le bébé, entrainent souvent l'activation de mesures de prévention et de protection de l'enfance (IP/signalement).

d) Modalités d'activité

La majeure partie de l'activité de l'interne de psychiatrie est **non programmée** de par l'imprévu des accouchements, le travail de liaison, d'un grand nombre de consultations non honorées, et des retards parfois importants liés au regroupement des consultations.

e) Anticipation

Sauf une exception, toutes les femmes ayant des troubles psychiatriques chroniques sévères ont pu être rencontrées par l'interne de psychiatrie pendant la grossesse, et ont été présentées au staff MPS, ce qui a permis d'anticiper l'accouchement et le séjour en suite de couches.

La mise en place de **la consultation de psychiatrie périnatale a permis de suivre les patientes dès la grossesse et a nettement diminué le recours à la psychiatrie de liaison**.

f) Continuité des soins

Il n'y a pas de référent patiente à la maternité. Les informations se perdent, dans les situations complexes qui nécessitent de nombreux intervenants. L'absence de référent favorise les pertes-de-vues, et le manque de continuité et de cohérence des soins, à la maternité comme à la sortie. L'arrivée de la sage-femme référente vulnérabilité a cependant permis de mieux coordonner et de personnaliser les soins. Elle voit les femmes sur des créneaux plus longs.

Le lien est rarement fait avec le médecin traitant.

La continuité des soins psychiatriques a été assurée avec une présence de l'interne seulement deux jours fixes par semaine, en traçant les consultations dans le dossier et avec le dispositif de « fiche de liaison de psychiatrie périnatale » (cf. Annexe 5) qui reprend les éléments importants à connaître pour l'équipe le jour de l'accouchement. Après un an, la plupart des professionnel.les avaient connaissance de ces fiches (bloc et SDC) et les consultaient.

Les parcours de soins des patientes ayant des troubles psychiatriques n'est pas codifié.

g) Suivi post-natal

La poursuite des soins psychiatriques après la naissance est inégale.

L'adressage en soins conjoints n'est pas toujours possible : soit que les patientes refusent, soit par hétérogénéité de l'offre de soin avec le peu de soins conjoints réalisés en externe sur les arrondissements APHM. Aucune femme n'a été accueillie à l'UPE en HDS sur cette période de temps. Les familles les plus complexes y ont souvent le moins accès.

Les unités d'accueil mère-enfant, que ce soit les chambres mère-enfant dans le service de néonatalogie ou l'unité mère-enfant répondent aux besoins d'une petite partie des situations rencontrées.

Des **consultations post-natales ont été proposées** en l'absence de relais vers des soins conjoints, par absence d'indication de suivi à long terme, soit par refus de la famille ou absence de structure sur le territoire du domicile de la famille

Le **suivi téléphonique a été développé** pendant le confinement puis maintenu après le retour à domicile en l'absence de visite à domicile possible d'une unité de soins conjoints avant les 6 semaines de l'enfant.

Peu de femmes bénéficient de la consultation gynécologique de post-partum, pour laquelle elles doivent elles-mêmes prendre RDV.

2.3 Fonctionnement du staff MPS

a) Participantes

La présence des obstétriciens, des pédiatres, bien que régulière, est partielle, à cause d'un manque de temps. Les psychiatres d'adultes de la Conception participent au staff mensuellement lorsqu'une de leur patiente hospitalisée est suivie à la maternité.

b) Référent

On note l'absence de référent parcours clairement identifié, ce qui est une déviation au règlement intérieur du staff.

c) Fonctionnement

Le staff MPS a augmenté de fréquence en 2020 : il est passé de mensuel à hebdomadaire, ce qui permet de mieux suivre les situations complexes et d'en présenter plus (76 dossiers en 2020, contre 49 en 2019). La sage-femme référente vulnérabilité connait les patientes et prépare les dossiers.

Cependant les cultures de métiers et les conceptions de chacun étant différentes, les échanges ne sont pas toujours collaboratifs et ne permettent pas la synthèse de tous les avis, en particulier dans les cas complexes.

d) Traçabilité

La présentation d'une situation complexe anténatale donne lieu à une conduite à tenir claire, tracée et accessible dans le dossier informatique pour anticiper l'accouchement, les suites de couches et le retour à domicile. Les fiches MPS ont été enrichies.

Sur un plan pratique : les fiches MPS ont un format non-modifiable (papier scanné) ce qui rend leur mise à jour difficile et est potentiellement lieu d'erreur. Des informations se recoupent avec la fiche de liaison de psychiatrie périnatale.

2.4 Fonctionnement global de l'équipe

a) Fonctionnement général

Il existe une distinction entre l'équipe qui prend les décisions (au staff MPS) et les professionnelles de première ligne dans les services d'hospitalisation.

La présence régulière et la disponibilité de l'interne de psychiatrie a permis de tisser un lien de confiance durable avec les membres de l'équipe à tous les niveaux.

Il n'a pas eu de transfert de responsabilité sur l'interne de psychiatrie : la sage-femme reste responsable de la sortie de la mère, le pédiatre de l'enfant. La psychiatre donne un avis spécialisé, elle nourrit la réflexion et participe au travail d'équipe.

La traçabilité a été un axe de travail et d'amélioration mais l'accomplissement a été inégal. Par exemple, certains membres de l'équipe tracent dans les dossiers papiers et n'écrivent pas systématiquement dans le dossier informatique (par culture de métier). D'autres n'accèdent pas à l'information voulue (l'information peut être à différents endroits dans le dossier informatique (DPI) ou bien dans le dossier de la mère OU de l'enfant, également par manque d'habitude des nouvelles pratiques).

b) Fonctionnement de l'équipe en situations particulières

Les situations impliquant des femmes ayant des troubles psychiatriques mobilisent les équipes en temps, en attention et émotionnellement.

Les situations d'agitation sont rares mais désorganisent et marquent les équipes.

Les soins aux familles carencées peuvent entraîner du clivage où les prises de positions personnelles vont parfois jusqu'à ne pas tenir compte du travail des collègues en amont, rendant le parcours de soins incohérent.

c) Enfant en danger

Le processus d'évaluation et de décision en cas de risque de danger ou de danger pour l'enfant, se base sur l'expérience clinique de chaque professionnelle mais sans méthode. Il n'y a pas de grille de lecture commune prenant en compte les facteurs de risque connus de maltraitances et de négligences.

Les écrits (IP et signalements) se font sans trame et sont d'une qualité inégale menant à des mesures inabouties ou retardées. Ils sont rédigés par trois intervenants séparément : assistante-sociale, pédiatre, pédopsychiatre. Chacune des trois parties reprend le contexte, et les parties médicales les troubles et l'observation du lien mère-enfant, ce qui les rend redondantes. Par ailleurs, elles sont imprimées, signées puis scannées, ce qui rend le processus lourd.

d) IMG pour détresse psycho-sociale

En 2020, une attention particulière a été portée à la question des interruptions médicales de grossesse pour motif maternel de détresse psycho-sociale. L'équipe d'obstétricien.nes de la maternité a souhaité modifier ses pratiques et proposer un accès encadré aux IMG pour détresse psycho-sociale. Un travail de réflexion a donc été réalisé, avec un noyau de professionnelles dans un premier temps, puis une plus grande partie de l'équipe, afin de proposer un parcours de soins adapté en cas de grossesse non désirée dans un contexte de péril psychosocial, et ce quelle que soit l'issue de la grossesse. Le pédo/psychiatre est l'un des médecins qui participe à l'évaluation et atteste du péril le cas échéant, ainsi qu'une assistante sociale ET une psychologue.

La mise en place des IMG psychosociales a amené de vives réactions au sein de l'équipe de sages-femmes avec un sentiment d'incompréhension allant même jusqu'à un droit de retrait. Des réunions d'équipe ont permis d'exprimer un questionnement éthique et de mettre en lumière un parcours de soins insuffisamment défini ou non respecté. Le parcours de soins a donc été amélioré et protocolisé grâce à cette démarche. Le protocole est en Annexe 8.

3. Entretiens semi-structurés

Au total, 14 professionnelles ont été sollicitées pour répondre à l'entretien. Toutes ont accepté, une a oublié le RDV et l'entretien n'a pas pu être réalisé. 13 professionnelles de la maternité ont participé à l'enquête, en couvrant tous les corps de métier :

1. une assistante-sociale,
2. une pédiatre,
3. une sage-femme coordinatrice des puéricultrices en suite de couches,
4. une obstétricienne,
5. une sage-femme des consultations et HDJ,
6. une sage-femme coordinatrice des consultations et de l'HDJ et du staff MPS,
7. une psychologue
8. une infirmière (suite de couche et bloc accouchement),
9. une puéricultrice (bloc accouchement) (à noter : 8 et 9 ont été entendue conjointement)
10. une sage-femme coordinatrice en maïeutique (pôle),
11. une sage-femme du service (bloc accouchement, suite de couche, GRE),
12. une sage-femme référente précarité,
13. une auxiliaire de puériculture.

La passation a eu lieu dans le bureau de celles qui en disposent, dans les salles de repos des services sinon.
Ils ont duré entre 19 et 42 minutes.

Le tableau d'analyse du contenu est présenté en Annexe 7. Les entretiens individuels ne sont pas présentés en annexe par confidentialité des situations cliniques et des situations d'équipe évoquées.

Une analyse des verbatim montre que d'après les professionnelles questionnées :

a) Les points forts et les points à améliorer de la prise en charge des patientes souffrant de troubles psychiatriques et de carences sévères :

Le point fort majeur identifié est la **présence d'un pédopsychiatre in situ et disponible** (n=11), qualifiée de clé de voute. Le deuxième grand point fort est la **pluridisciplinarité** (n=4), avec en particulier le staff MPS (n=6) et la présence d'acteurs clé : les psychologues (n=4), les AS, la sage-femme référente MPS. La **continuité des soins** (n=6) est mise en avant avec la consultation pédiatrique anténatale, le suivi psychiatrique de la grossesse au retour à domicile, la fiche de liaison, la traçabilité et la communication.
Le **réseau** est mentionné. Les puéricultrices soulignent l'attention particulière et le **soutien du lien mère-enfant** pour ces patientes (n=2).

Les fragilités du parcours de soins psychiques à la maternité rapportées sont : un **défaut d'organisation des soins** avec un manque de collaboration (n=13), qui concerne **l'articulation** des soins, la **traçabilité**, le manque d'information et de **lien** entre professionnelles, un écart entre le terrain et les instances de réflexion (staff MPS), la concertation, le retour des psychologues, et le peu de présence pédiatrique au staff MPS.

On retrouve un **manque de formation spécifique** (n=7) aux pathologies psychiatriques (théorie, pratique), à l'observation du lien mère-enfant *« Quand je dois remplir la grille mère-enfant, je me sens bête. On n'a pas d'élément factuel, on est dans l'interprétation, plutôt que dans le factuel. »*, un manque d'outils en particulier de repérage des troubles psychiatriques et d'analyse des pratiques.

Sont aussi évoquées, des difficultés manifestes dans la question des **placements** (n=4) : manque de lien avec l'ASE, pas de retour des situations avec placement, pas de débriefing d'équipe.

Par ailleurs, les soins psychiques (n=3) manquent de **lisibilité** (pour les collègues de première ligne), l'orientation vers l'hospitalisation parents-enfant est difficile et l'**articulation psychologue/psychiatre** est à améliorer.

Les **liens avec l'extérieur de l'hôpital** sont fragiles (n=3) : le devenir des patientes et de leur enfant est souvent méconnu, l'articulation des soins hôpital-ville peut être travaillée.
Les intervenantes de première ligne relèvent de la **stigmatisation** de ces patientes (n=2), avec un accueil et une écoute à améliorer

L'**absence de référent** est également relevée.

b) Les situations qui mettent en difficulté les professionnelles

Elles sont de 4 grands types :

1. Les situations **d'agitation**, de **violences** (n=10) (exposition à de l'agressivité verbale ou physique, prise en charge des violences conjugales) avec un sentiment de peur, de **frayeur** ou d'**impuissance**.

« On a tous eu très peur. » « Il y a danger. » « C'est effrayant. » « Ces situations sont invivables : on ne sait pas quoi faire, ça induit une désorganisation du travail en service, une tension et une vigilance de tout le monde, centrée sur cette patiente. » « Les psychiatres et les psychologues minimisent les situations, en tout cas pour nous c'est difficile. Ce n'est pas habituel pour nous quand on voit ces comportements. »

- Les **placements** (n=7), que ça soit par manque de formation avec un sentiment d'être démunie, par manque de préparation du placement, manque d'éléments de contexte qui entraine une incompréhension et un vécu douloureux, ou par manque d'alternative (foyer mère-enfant).

« C'est la panique de placer l'enfant. » « Je me dit qu'on est méchant, je ne sais pas bien me positionner. » « Tu te mets à la place de la maman et tu te dis « Mon dieu ». »

- L'**alliance difficile** avec la patiente (n=5) avec un manque d'adhésion aux soins, et une difficulté des professionnelles à communiquer avec elles et leurs familles.

« En consultation, quand je sens qu'il y a un parcours de vie compliqué et que je n'arrive pas à créer cette relation de confiance, à sentir l'adhésion, (…) je me sens démunie et je ne mets pas les jalons nécessaires en anténatal qui vont faire que ça va être constructif pour la maman et le bébé. »

- Les **dysfonctions d'équipe** (5) : pas de concertation, manque d'écoute, pas de conduite à tenir claire.

« Moi je me dis : pourquoi on nous fait faire une fiche relation mère-enfant si après on ne nous écoute pas. »

Un sentiment d'incompétence ou d'impuissance dans la prise en charge des patientes ayant un trouble psychiatrique est relevé pour 4 personnes : *« Je me sens démunie », « vécu d'impuissance », « ne pas savoir comment apporter quelque chose », « Je me sens responsable mais sans outil. » « Ça me chamboule, je ne fais pas comme d'habitude, ça me phagocyte. »*

Des histoires marquantes sont spontanément rapportées par 5 personnes :

« Exemple d'une patiente qu'on ne sentait pas du tout, dans la chambre X. On avertissait, on avertissait, il [le bébé] est rentré à la maison, et il est mort. Il a été balancé par la fenêtre. J'ai senti de la colère, de l'incompréhension, de l'injustice et de sentiments mélangés. Tu te dis ce n'est pas faute de l'avoir dit. Pareil pour la petite mineure avec les violences conjugales, on signale, on signale, de l'agressivité entre eux. La psychologue, nous dit ce n'est pas grave c'est leur fonctionnement. Ils sont partis, et le bébé a été secoué, il a été balancé contre le mur. »

c) Les interlocuteurs existants et demandés

Les interlocuteurs dans les situations complexes sont pluridisciplinaires avec l'équipe MPS, les psychologues, l'interne de psychiatrie, les psychiatres en cas de décompensation. Les paires sont souvent sollicitées pour un soutien concernant un vécu difficile, parfois les psychologues. La sécurité peut être appelée en cas de violence.

Un lien avec l'ASE et la justice est demandé par plusieurs professionnelles, ainsi que de travailler avec un psychiatre qui connaisse le contexte spécifique de la maternité.

d) Les attentes vis-à-vis du pédo/psychiatre de la maternité

Les équipes de terrain sont en demande : d'une prise en charge précoce avec une évaluation diagnostique, une conduite-à-tenir claire et tracée avec notamment le traitement et des consignes sur la garde du bébé pour le séjour à la maternité ainsi qu'une conduite à tenir en cas d'urgence. *« C'est cadré, c'est rassurant pour nous aussi. »*

Les modalités de soins attendues sont multiples : consultations programmées, non programmées, liaison SDC – pour assurer une continuité.

De manière générale, sont appréciées : la disponibilité, la présence sur la maternité, la connaissance du fonctionnement de la maternité, une écoute des problèmes dans ce contexte, la proximité avec la possibilité d'échanges et de retours rapide (pour rester dans la temporalité obstétricale). La présence régulière au staff MPS est nécessaire.

Un volet de l'activité est le travail de réseau : faire le lien avec les psychiatres adulte et avec la ville, également un retour sur le devenir des mères et des enfants.

Le pédopsychiatre est également vu comme un soutien potentiel de l'équipe, et une personne ressource qui permet une aide à la réflexion.

e) Les outils

On note quatre grands thèmes :

- **Communication et organisation** (n=15) : un parcours de soins fléché, une fiche de liaison avec une conduite à tenir claire, des EPP, une fiche MPS actualisable dans le dossier informatique, un retour écrit dans le dossier. L'utilisation du dossier partagé MPS.
- **Lien mère-enfant** avec un guide observation (n=6)
- **Repérage de la dépression maternelle** (n=4) : risque, orientation, signes alerte
- **Amélioration des pratiques** (5) : formation, analyse des pratiques, ateliers, groupe de parole sur les situations difficiles

f) Structures

Dans un monde idéal, une **unité mère-enfant à la maternité** est mentionnée par une grande majorité des interviewés (n=10). Avec un personnel dédié, quelques lits, des psychologues et psychiatres pour un séjour long, une prise en charge globale, en offrant une autonomie aux parents.

Plus de structures de soins conjoints est évoqué, que ça soit une unité parents-enfant temps plein ou des suivis ambulatoires.

Des unités d'hébergement spécialisées sont manquante dans la région.

g) Thématiques de formation en psychiatrie périnatale

Trois grandes thématiques se dégagent :

- La **psychiatrie** (n=13) : avec des généralités, le dépistage et les signes d'alerte de la DPP, le repérage des troubles psychiques, une réflexion sur la manière d'accompagner et de s'adresser à des personnes porteuses de troubles psychiatriques, de présenter le travail du psy/pédopsychiatre et leurs spécificités respectives.
- Le **lien mère-enfant** (n=6) : les troubles du lien, l'observation du lien, l'attachement, le lien entre psychopathologie et parentalité.
- L'**enfance en danger** (n=6) avec la question des placements, l'aspect légal et l'accompagnement des parents à une séparation

Également :

Les parcours de vie difficiles, la précarité, le retard mental (n=1), et la gestion de la violence.

4. Synthèse des résultats

Les profils types cliniques retrouvés à la consultation de psychiatrie de la maternité de la Conception (publique de niveau 3 dans le centre-ville marseillais) sont par ordre croissant de gravité :

1. Complications obstétricales ou fœtales avec retentissement psychique sévère fréquentes dans une maternité de niveau 3 (trouble dépressif et/ou anxieux, état de stress aigu (ESA) ou un état de stress post-traumatique (ESPT).
2. Dépression maternelle pendant la grossesse ou en post-partum isolée associé à une complication obstétricale ou des violences conjugales (illustré par le cas clinique IV.1).
3. Antécédent de trouble de l'humeur connu : trouble dépressif, moins fréquemment trouble bipolaire, stable ou décompensé pendant la grossesse.
4. État de stress post traumatique dans un contexte de parcours de migration. Le centre-ville de Marseille accueille une population primo-arrivante avec les problématiques associées : grande précarité, isolement, absence de droits, logement instable ou insalubre, barrière de langue et plus spécifiquement : prostitution, grossesses issues d'un viol, traumatismes dans le pays d'origine ou sur le trajet. (cf. IV.2)
5. Père porteur d'une pathologie psychiatrique chronique sévère (cf. IV.3)
6. Troubles de la personnalité borderline, associés à des conditions de vie souvent chaotiques, une éventuelle prise de toxiques, et de fréquents antécédents de maltraitance ou de violence (cf.IV.4)
7. Familles carencées avec association de facteurs de risque de négligence ou de maltraitance (cf.IV.5)
8. Troubles psychotiques chroniques : schizophrénie souvent associée à une rupture de soins, ou une hospitalisation en psychiatrie au cours de la grossesse, des toxiques, et un placement de l'enfant. En plus de la pathologie psychiatrique, on se heurte fréquemment à un isolement social, des conduites à risque. (cf.IV.6)
9. Polytoxicomanie avec un haut risque de complications fœtales et de placement de l'enfant (cf.IV.4)

Les femmes vues par l'interne représentent environ 3% des accouchements annuels. Les pathologies psychiatriques graves et les situations complexes sont surreprésentées. Le facteur précarité est très souvent associé, peu travaillent.

Les patientes sont principalement rencontrées par l'interne de psychiatrie au cours de la grossesse, systématiquement revues pendant leur séjour à la maternité et parfois en post-partum. **Toutes les situations complexes étaient connues en anténatal ce qui a rendu exceptionnel le recours aux avis ponctuels de la psychiatrie de liaison, ainsi que les urgences**. Il n'y a pas eu besoin d'hospitalisation en psychiatrie à la sortie de la maternité (sauf pour les femmes hospitalisées avant leur transfert à la maternité). La majorité des femmes n'ont pas de relais vers des soins conjoints à la sortie par manque de structure adaptée ou refus de leur part.

Les points clés qui ressortent sont :

- La question de la **protection de l'enfant**, qui se pose régulièrement du côté des futurs parents et des professionnelles. Les placements sont fréquents dans la population étudiée, et sont mal vécus. Les équipes ne sont pas formées à accompagner ces situations. Il y a un manque de collaboration avec l'ASE.
- Les situations impliquant des femmes ayant des troubles psychiatriques mobilisent les équipes en temps, en attention et émotionnellement. Elles peuvent donner lieu à des situations de violence au sein de la maternité, ou de placement de l'enfant.
- Les qualités du parcours de soins sont : la continuité des soins, la pluridisciplinarité, et une offre de psychiatrie sur le lieu-même de la maternité. Le parcours de soins s'est amélioré en 2020.
- On note cependant un manque de référent et un **défaut de collaboration** et de lien entre professionnelles qui aboutit à un manque de concertation, une perte d'information ainsi que des difficultés au travail. Le repérage est inégal. Les zones d'ombres sont le manque de repérage, la perte de vue des patientes et l'absence de retour à moyen/long terme sur les situations complexes.
- Les professionnelles sont en difficulté dans les situations de violences, de placement et de manque d'alliance dans les soins avec ces patientes.

Les situations cliniques prioritaires repérées sont :

- Les situations prénatales préoccupantes qui posent la question de la sécurité de l'enfant avec des décisions difficiles à prendre comme la séparation mère-enfant
- Les troubles psychiatriques sévères où les facteurs de risque s'accumulent et les intervenants se multiplient diminuant l'efficience et la cohérence du parcours de soins

Les IMG psychosociales qui posent la question de définir un péril psychosocial et du travail d'équipe

Les actions concrètes à mettre en place sont :

- Améliorer le repérage des troubles psychiatriques
- Améliorer la collaboration dans l'équipe de la maternité par des outils de communication et d'analyse des pratiques
- Augmenter la cohérence et la sécurité du parcours de soins en définissant des parcours de soins patiente sur lesquels l'équipe puisse s'appuyer, et en nommant un référent
- Proposer des formations sur la psychiatrie, l'observation du lien mère-enfant, l'enfance en danger, la violence
- Approfondir le travail en réseau avec la psychiatrie d'adulte, les soins conjoints, l'addictologie, la pmi, les acteurs de la protection de l'enfance (crip, justice, ase), les associations
- Mettre à disposition les ressources pour les professionnelles de première ligne
- Ouvrir des lits spécifiques d'accompagnement mère-enfant à la maternité avec du personnel dédié

IV. CAS CLINIQUES

Ces cas cliniques illustrent les situations rencontrées et les parcours de soins actuels proposés à la maternité.

1. Dépression maternelle

Mme K est une jeune maman de 29 ans, elle a un fils de 8 mois. Elle vit avec son mari, tous deux originaires du Maghreb, ils sont sans papier, elle sans emploi. Elle est enceinte de 3 mois, elle allaite.

Depuis la naissance de son aîné elle traverse une dépression du post-partum qui s'est majorée depuis sa nouvelle grossesse. Elle présente un tableau de dépression sévère avec une grande anxiété et des idées suicidaires avec injonction hallucinatoire. Elle est apragmatique, n'arrive pas à s'occuper de son fils. Elle passe aux urgences psychiatriques, refuse d'être hospitalisée, puis est orientée vers l'unité parent-enfant qui pose l'indication d'une hospitalisation en

psychiatrie adulte. Un dispositif de TISF à temps plein est mobilisé pour permettre une hospitalisation de la jeune mère, mais le confinement empêche ce dispositif de fonctionner.

Madame est donc reçue en consultation à la maternité où elle est suivie pour sa grossesse. Le traitement est discuté avec la psychiatre de liaison. Il n'y a pas suffisamment d'argument en faveur d'un trouble bipolaire pour prescrire un régulateur de l'humeur d'emblée, et il est probable que la présence d'injonctions suicidaires ait une composante culturelle. La balance bénéfice-risque penche pour une monothérapie par antidépresseur. Un traitement par Sertraline est donc initié et efficace en quelques semaines, poursuivi toute la grossesse et en post partum, avec un amendement des symptômes dépressifs et un réinvestissement de son ainé. De la vitamine D est prescrite en complément. Le suivi a principalement été fait par téléphone du fait de la pandémie, hebdomadairement initialement puis espacé. Madame n'a jamais souhaité voir de psychiatre d'adulte.

À l'accouchement, Mme était Covid+ et le bébé a présenté une détresse respiratoire qui a imposé une hospitalisation en néonatalogie. Une courte séparation parent-enfant a été effectuée, due au Covid. Après la naissance un relais a été fait vers des soins conjoints ambulatoires (équipe Didier Houzel).

Intervenants externes : urgences psychiatriques, UPE, TISF, soins conjoints ambulatoires (Didier Houzel), PMI

2. État de stress post traumatique dans un contexte de parcours de migration

Mme E est une jeune femme, arrivée il y a peu en France. Elle est originaire d'Afrique sub-saharienne, demandeuse d'asile après un parcours migratoire difficile. Elle est hébergée en hôtel. C'est son premier enfant.

Son compagnon l'accompagne, et fait la traduction. Mme E a l'humeur triste, ne fait rien, et plusieurs fois par jour à des épisodes d'allure dissociative. A l'entretien, on retrouve un syndrome dépressif, avec des idées suicidaires avec injonctions hallucinatoires, et également

des éléments post-traumatiques avec des épisodes dissociatifs. Mme E a l'air abattue. Son compagnon est très inquiet, a peur d'un geste suicidaire et reste en permanence auprès d'elle malgré l'interdiction de la direction l'hôtel. Au total, elle présente un syndrome post-traumatique avec un épisode dépressif caractérisé sévère avec symptômes psychotiques.

Dans un premier temps, je contacte la Cellule d'Urgence Médico Psychologique[54] (CUMP) pour avoir une orientation spécialisée. Leur recommandation est l'instauration d'un traitement antidépresseur, d'un anxiolytique et une prise en charge vers la structure Osiris.
Un traitement par Sertraline est donc débuté à mi-dose pendant une semaine puis à pleine dose, avec de l'Oxazepam 10mg x3/j en si besoin. Une demande est faite à Osiris, et aboutira après l'accouchement.

Le couple est vu régulièrement, la symptomatologie s'amende, les crises dissociatives s'espacent sans disparaitre, les idées noires s'amendent, et le sourire réapparait sur ses lèvres. L'anxiolytique peut alors être diminué, l'antidépresseur est maintenu. Le compagnon est également plus serein.

L'accouchement se déroule bien, le bébé est en bonne santé, et une dynamique mère-bébé se met en place. Le retour à domicile sera étayé par la PMI contactée via une liaison PMI[55], ainsi qu'une TISF. La prise en charge Osiris aura lieu quelques mois plus tard.

Intervenants externes : CUMP, Association Osiris, PMI

3. Père porteur d'une pathologie psychiatrique chronique

Mme L m’est présentée au staff MPS parce que son mari est porteur d'un trouble schizophrénique. Elle a 25 ans, est mère d'un petit-garçon de 18 mois, à nouveau enceinte. Elle est sans papier, ne travaille pas. Elle vit avec son mari, elle n'a aucune famille à Marseille, pas d'ami non plus. Le mari n’a pas de famille non plus dans la région.

[54] Cellule spécialisée dans le psychotraumatisme

[55] Lien fait de la maternité à la PMI après information de la famille, avec les informations pertinentes pour permettre la poursuite de l’accompagnement en PMI.

Je rencontre Mme au cours de la grossesse, l'entretien est limité du fait de la barrière de la langue. Elle me dit que ça va globalement, ne souhaite pas que je rencontre son mari. Je n'ai pas d'information sur la santé psychique du mari hormis qu'il est suivi au CMP. Madame n'a pas d'antécédent psychiatrique.

Après l'accouchement, l'équipe rapporte que madame semble terrorisée lors des visites de son mari, qui se montre hostile envers l'équipe. Elle évoque un conflit de voisinage intense, qui ont amené Monsieur à quitter le domicile. Il est seul avec leur fils ainé. Il y a des consommations de toxiques. Elle est effondrée, n'a pas de ressource propre. Monsieur m'autorise à appeler le CMP, je parle à son infirmière qui fait mention d'une inquiétude modérée de leur part.

Avant sa sortie de la maternité, je lui demande de rencontrer son mari avec elle. Le couple se présente avec leur ainé en consultation, le nouveau-né est gardé à la nurserie. Monsieur souhaite me voir seule, et en entretien, il présente un état de grande désorganisation et de délire intense avec des comportements d'auto-agressivité physique. En entretien familial, la jeune femme est dépassée, leur enfant s'agite dans le bureau sans que personne ne le contienne. La sécurité est appelée.

Le mari est d'accord pour recevoir un traitement et est alors transféré aux urgences psychiatriques par les pompiers, puis hospitalisé en psychiatrie. La femme est gardée, à titre exceptionnel, avec ses deux enfants à la maternité pour la nuit, n'ayant aucun moyen financier pour rentrer chez elle, et subvenir aux besoins immédiats de base pour la famille. Une information préoccupante est envoyée à la CRIP et un lien est fait avec la PMI, qui connait la famille. Le mari est hospitalisé en psychiatrie pour une semaine. La famille est orientée vers des soins conjoints ambulatoires.

Intervenants externes : urgences psychiatriques, CMP, hospitalisation en secteur de psychiatrie, soins conjoints ambulatoires (Didier Houzel), PMI, CRIP

4. Consommation de toxiques / Trouble de la personnalité

Mme N est une femme déjà mère d'une adolescente, placée, qu'elle voit irrégulièrement. Cette femme n'a pas d'emploi, pas de compagnon, vit isolée. Elle a été placée dans son enfance et a connu des violences sexuelles.
Elle présente une addiction à l'alcool et au Lexomil® pour laquelle elle est suivie au CSAPA. Des éléments laissent penser à un trouble de la personnalité sous-jacent dans un contexte de carence affective. Elle est accompagnée de très près pour sa grossesse par une sage-femme et une éducatrice de l'association Le fil Rouge.

Je la rencontre deux fois au deuxième trimestre de sa grossesse, Madame est très méfiante et l'alliance est impossible à établir. Elle est très réservée sur ses difficultés, et souhaite uniquement une prescription de benzodiazépine[56]. Le bébé présente un RCIU[57], ce qui l'inquiète. Au cours du 3e trimestre, elle s'effondre en consultation d'addictologie, et à la consultation pédopsychiatrique suivante, la sage-femme du Fil Rouge demande une hospitalisation pour indication à la fois fœtale (RCIU) et maternelle (mise à l'abri) afin également de permettre de tisser un lien entre la patiente et l'équipe de la maternité. Nous travaillons la perspective de l'accouchement chez cette femme qui ne supporte pas la douleur, ni l'anxiété, qui l'une comme l'autre l'amène à consommer antalgiques ou anxiolytiques en grande quantité, jusqu'à ne plus les ressentir.
Quelques jours plus tard, devant le RCIU, elle est césarisée à 35SA[58]. Après un séjour en suites de couches qui se passe très bien, dans ce contexte étayant, la mère et son bébé sont accueillis dans un foyer mère-enfant pour être soutenus. Une prise en charge à l'UPE est demandée.

Finalement la situation se dégradera au fur et à mesure, avec une reprise des consommations, et une négligence de sa fille, qu'elle emmènera dans des fêtes où elle s'alcoolise massivement sans plus pouvoir s'en occuper. Un signalement est donc fait au procureur pour demander le placement de l'enfant.

Intervenants externes : le Fil Rouge, UPE, foyer mère-enfant, CSAPA, PMI, procureur de la République)

[56] Molécule visant à réduire l'anxiété
[57] Retard de Croissance Intra-Utérin, favorisé par la consommation de toxiques et le tabac
[58] 35 semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire une prématurité moyenne

5. Famille carencée

Mme F est une jeune femme au parcours de vie très compliqué, avec un placement en foyer en fin d'adolescence dans un contexte de conflit familial majeur, suivi d'un parcours d'errance avec une suspicion de radicalisation.
Mme F est rencontrée au décours d'une hospitalisation en diabétologie, dans un contexte de demande de mise à l'abri pour violences de son compagnon sur elle. Elle a fait quelques tentatives de suicide il y a quelques années. Une consultation pédopsychiatrique est proposée mais non honorée.

Le suivi de grossesse est ensuite très irrégulier et elle ne sera vue que ponctuellement à la maternité et aucun suivi pédopsychiatrique ni psychologique ne seront possibles. En revanche, elle a donné son accord pour être présentée au staff MPS. Le lien avec la PMI et le service de l'aide sociale à l'enfance sont étroits. La PMI réalise une visite à domicile, qui n'est pas prêt à accueillir un enfant. Le compagnon est rarement vu. Une synthèse est organisée en fin de grossesse à la Maison des solidarités[59] devant l'inquiétude pour ce nouveau-né. Il est convenu de judiciariser la situation à haut risque de danger pour l'enfant.

Après l'accouchement, une solution intrafamiliale est recherchée mais évaluée trop fragile au regard des besoins de l'enfant. Une demande de placement est alors faite.

Intervenants externes : PMI, ASE, service de prévention de la radicalisation

[59] Les Maisons du Département Solidarité (MDS) ont pour missions de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre sur leur territoire des politiques départementales de solidarité et de développement social

6. Trouble schizophrénique/Consommation de toxiques

Mme J est une femme de 38 ans, elle est déjà mère de 3 enfants placés, avec des conduites à risques importantes pour ses enfants. Elle ne sait pas qui est le père de l'enfant, elle est isolée.

Elle est suivie en psychiatrie de secteur pour un trouble schizophrénique avec épisodes délirants répétés, ruptures de traitement, errance et consommation de drogue.

Elle se présente à la maternité voilée, avec des sacs autour de son ventre, sous son voile. Elle refuse les échographies, pour des raisons religieuses, notamment lors des épisodes délirants.

Elle est hospitalisée en secteur de psychiatrie une grande partie de sa grossesse, sort régulièrement sans autorisation, poursuit sa consommation de drogue. Initialement elle souhaite réaliser une IVG, mais cette IVG n'a jamais lieu et elle exprime souhaiter accueillir cet enfant. Un travail se met en place avec l'équipe de psychiatrie du secteur, qui participe au staff MPS. Des infirmiers l'accompagnent en consultations obstétricales et de pédopsychiatrie. La question d'un placement de cet enfant à venir n'est initialement pas évoquée, de peur d'une fugue et d'une rupture de soin. Puis la patiente aborde la question du devenir de son enfant et celle d'une naissance sous le secret. Nous pouvons alors travailler la question de sa maternité : en cours et à venir, d'un placement certain au vu de son incapacité à protéger ses enfants, déjà *in utero*. Un travail peut alors être entamé. Ne souhaitant pas avoir à nouveau un enfant placé, elle préfère donner naissance sous le secret. Elle est alors accompagnée par la psychologue et l'assistante sociale de la maternité.

Un protocole de surveillance et une conduite à tenir en cas de mise en travail, ainsi qu'un kit d'accouchement est remis aux équipes de psychiatrie. L'accouchement se déroule dans de bonnes conditions. Le bébé est confié à l'adoption et la mère soutenue dans ce processus. Elle a, à nouveau, été reçue par la psychologue et l'assistante sociale de la maternité à un mois de l'accouchement pour se rétracter, ce à quoi elle a finalement renoncé. Le bébé est donc devenu pupille de l'état et confié à l'adoption.

Intervenants externes : secteur d'hospitalisation de psychiatrie, CMP[60], service adoption

[60] Centre Médico-Psychologique : dispositif de suivi psychiatrique publique sectorisé, c'est-à-dire dépendant de l'adresse du domicile du patient

7. IVG chez une patiente suivie en psychiatrie

Mme S est une jeune femme de 29 ans. Elle est orientée à la maternité par son psychiatre pour une demande d'IMG. Elle est enceinte de 19 SA. Elle est suivie pour un trouble de l'humeur, avec comme comorbidité un trouble de la personnalité. Elle vit en couple. En reprenant l'histoire de la grossesse, on apprend que Mme S a bénéficié d'une IVG médicamenteuse en ville. Elle rapporte avoir pris les comprimés, puis être restée au lit plusieurs semaines, qui ont en fait duré plusieurs mois. L'IVG n'a pas fonctionné, et le délai légal est dépassé au moment où elle reprend contact avec les soins. Elle demande alors une IMG.

V. DISCUSSION

L'étude a permis de réaliser un état des lieux et de définir des axes d'amélioration clinique que nous allons maintenant développer.

1. Intérêt et limitations

a) Intérêt de la méthode d'observation participante

En étant interne d'une autre spécialité, à un poste expérimental, j'ai pu observer le fonctionnement de l'équipe de soin avec un œil neuf. S'intégrer dans l'équipe permet de recueillir du matériel d'observation qui ne peut être obtenu autrement, notamment par des questionnaires. L'observation sur le terrain, avec ce qu'elle apporte en supplément des généralités, permet de construire des propositions concrètes.

b) Limites des méthodes

Les limites de l'étude quantitative est la petite taille de l'échantillon et son aspect rétrospectif qui fait que certaines données sont manquantes. Certains critères gagneraient à être affinés, notamment l'évaluation de la précarité.

Les limites de l'étude qualité sont principalement la subjectivité, et la spécificité des résultats au milieu étudié.

Pour les entretiens, toutes les professionnelles interrogées connaissaient l'investigatrice et son rôle dans l'équipe, ce qui introduit un biais dans les réponses. Elles pourraient, par exemple, valoriser son travail et ne pas faire part de leurs critiques.

La technique du *focus group* aurait eu toute sa place ici, étant donné que la dynamique du groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (37). Cependant la situation sanitaire n'a pas permis de l'implémenter et a favorisé les techniques individuelles de recueil.

2. Résultats quantitatifs

38 patientes ont été suivies en 6 mois. Cela représente environ 3% des accouchements de la maternité sur cette période. Ce chiffre bas peut s'expliquer par plusieurs facteurs : manque d'adressage car création du dispositif, manque de repérage en première ligne, mais aussi période du confinement avec moins de consultations à la maternité, et des actes qui ont moins été côtés.

2.1 Cas complexes

Dans la population étudiée, on observe une grande proportion de situations complexes avec pathologies psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble borderline sévère), associées à un isolement et des prises de toxiques ; ayant parfois pour conséquence le placement précoce des enfants. Ceci peut s'expliquer par le recrutement de la maternité publique du centre-ville de Marseille. Les femmes porteuses de troubles psychiatriques moins graves ou avec une situation sociale plus favorables accouchent dans d'autres maternités.

En comparaison avec les deux seules études quantitatives françaises sur l'activité de psychiatrie de liaison à la maternité (35,38), on observe une très nette surreprésentation des cas complexes qui s'explique par la différence d'adressage et la composition de l'équipe de soins. En effet certaines patientes sont adressées à leurs équipes pour des troubles légers et voient seulement la psychologue.

2.2 Devenirs des mères et des enfants

Dans l'étude de Boisson (35), 341 patientes ont été incluses en 5 mois 1/2. Elles sont réparties en 3 niveaux de risque de négligence et de maltraitance (qui correspond à la gravité de la situation). Leurs résultats concernant les relais de prise en charge, ainsi que les devenirs des enfants sont présentés (Tableau 2). À noter que la population dans notre étude se situe dans les niveaux 2 et 3, aucune dans le niveau 1. Dans leur étude, sur les niveaux 2+3 (137 femmes) on observe 20 fois moins de placements (0,7% vs 14%), 4 fois moins de signalements et d'IP (4% vs 16%). Nous avons en revanche un nombre similaire d'enfants allant en foyer mère-enfant (3% vs 4%), moins d'abandon d'enfants (0% vs 3%) (mais leur population inclue les femmes venant pour déni de grossesse seul, ce qui n'est pas notre cas). Il n'y a pas d'hospitalisation en unité mère-enfant car il n'y a pas de structure dans leur région (Toulouse). 8% de leurs patientes ont été hospitalisées en psychiatrie en post-partum contre 6% dans notre étude (deux patientes étaient déjà hospitalisées pendant leur grossesse jusqu'à leur accouchement).

Par ailleurs, dans une étude multicentrique réalisée en France et en Belgique, 27% des mères psychotiques prises en charge en unité mère-enfant ont finalement été séparées de leur enfant (39). Dans notre étude on retrouve 100% de placement chez les patientes ayant un trouble psychotique, taux qui parait dont très élevé.

À titre de comparaison avec le reste des patientes de la Conception, en moyenne 20 signalements avec demande de placement sont faits par an à la maternité et la néonatalogie. Ainsi la moitié des placements des enfants, sont ceux de patientes ayant un trouble psychiatrique sévère ou des carences graves.

Ces comparaisons laissent penser que **le nombre de placement est très important sur notre cohorte.** Un facteur à prendre en compte est la période de confinement, où la structure d'hospitalisation mère-enfant (UPE) et les foyers étaient fermés. Cependant, même en dehors de cette période, l'indication d'UPE ou de foyer mère-enfant n'aurait pas été retenue. On peut avancer comme explications : une différence de répartition dans les maternités du centre-ville marseillais avec une population particulièrement fragile et aux troubles psychiatriques graves à la Conception, et une absence de structures adaptées pour accueillir ces dyades mère-enfant.

	Niveau 1 (n=204)	Niveau 2 (n=92)	Niveau 3 (n=45)	Total
Hospitalisation en psychiatrie	0	4	7	11
TISF (ou aide éducative)	0	6	5	11
Admission en foyer maternel	0	3	3	6
Admission en Unité mère-enfant	0	0	0	0
Signalement judiciaire (ou IP, ou note médicosociale)	0	1	4	5
Placement du bébé	0	0	1	1
Abandon de l'enfant	0	2	2	4
Patiente perdue de vue	1	5	3	9
Relai de prise en charge en réanimation, néonatologie ou dans une autre maternité	5	5	5	15

Tableau 2 : Répartition des dispositifs, PEC et devenirs des enfants. Extrait de (35). Étude réalisée pendant 5,5 mois dans une maternité avec environ 4500 accouchements/an.

2.3 Parcours de soins

60% des patient.es ont été présenté.es en staff MPS contre 20% des patientes de niveau 3 de l'étude de Boisson (35), ce qui montre bien la prise en charge pluridisciplinaire à la maternité.

Le temps demandé par patient.e à l'interne de psychiatrie est important, avec une médiane à 4 actes/patientes, 10 patientes ont eu plus de 9 actes/patiente, et une patiente a nécessité 28 actes. Les actes n'ont pas tous été côté, ces chiffres sont donc sous-estimés.

La présence d'un interne de psychiatrie sur site à la maternité a permis une nette amélioration dans la continuité des soins et limité les situations imprévues.

Les relais en soins conjoints parents-bébé sont insuffisants (moins de la moitié), et principalement en externe et ce, sur quelques arrondissements de Marseille. Le faible nombre d'hospitalisation mère-enfant à l'UPE s'explique notamment par le confinement.

3. Améliorer le repérage des troubles psychiques

Les professionnelles de première ligne et en particulier les sages-femmes ont exprimé leurs difficultés face au repérage des troubles psychiatriques, et demandent à avoir des outils et des formations pour l'améliorer.

On peut faire une analogie entre les troubles psychiatriques et les violences conjugales dans le sens où les professionnel.les de santé se sentent en difficulté avec ces thématiques (ce que l'on retrouve d'ailleurs dans le résultat des entretiens) et qu'i.elles ne questionnent pas leurs patientes systématiquement sur ces thématiques. Or, une démarche d'amélioration du repérage et de la prise en charge des violences conjugales a été menée à la maternité de la Conception en 2020, et elle a porté ses fruits. De manière simple, une question a été ajoutée au dossier médical pour l'ouverture du dossier obstétrical : « Les violences conjugales ont-elles été recherchées ?». Depuis, on a vu une nette augmentation du repérage. De même, les dossiers médicaux de cliniques psychiatriques ont dans chaque observation la question : « Existe-t-il un risque suicidaire ? » Si on sélectionne la réponse « non », la surveillance est « vert », si on sélectionne la réponse « oui » alors on détermine si le risque est intermédiaire ou élevé, ce qui implique respectivement une surveillance médicale et paramédicale « orange », ou « rouge ». L'observation ne peut être validée sans la réponse à cette question. On voit donc comment la manière dont est conçu le dossier médical permet d'encourager, voire de systématiser une évaluation et de codifier une surveillance.

Une proposition simple est que le dossier médical soit enrichi de ces questions systématiques.

3.1 Évaluation psychosociale initiale

L'échelle de dépistage de la dépression postnatale d'Édimbourg (*Edinburgh Postnatal Depression Scale EPDS*) est un outil de choix pour le dépistage de la dépression maternelle (cf. Annexe 9). L'EPDS est un auto-questionnaire, validé en français pour la grossesse (40) et en post-natal (41). Cependant A.L. Sutter-Dallay conclut que le niveau de preuve de l'efficacité du dépistage systématique centré sur la santé mentale en périnatalité est trop faible pour le recommander mais qu'une **évaluation psychosociale systématisée** est moins controversée (42).

Les recommandations du rapport sur les morts maternelles en matière de dépistages vont également dans ce sens. Elles préconisent :

« Lors de l'inscription en maternité et/ou lors de l'entretien prénatal précoce (EPP), **un interrogatoire minutieux** des femmes sur :

- Éventuels antécédents psychiatriques familiaux et personnels ;
- Éventuels antécédents addictologiques ;
- **Contexte psycho-social :** difficultés de couple, précarité financière et violences éventuelles. » (6)

Il est plus prudent de recueillir ces informations à l'ouverture du dossier obstétrique puisque l'EPP n'est pas systématiquement faite.

Repérer des antécédents de troubles psychiatriques peut se faire en posant des questions sur les traitements pris, sur la recherche d'arrêt de travail, d'hospitalisation, ou d'antécédents de tentative de suicide. Des techniques de normalisations peuvent être employées pour introduire les questions : « Il est fréquent qu'une femme enceinte se sente… » « Je pose ces questions à toutes mes patientes. » (43). Des exemples de questions sont présentées dans l'Encadré 1.

Interrogatoire sur les antécédents psychiatriques avec des questions, par exemple :

- Avez-vous vécu un évènement difficile important dans votre vie ?
- Avez-vous eu des difficultés à l'adolescence ?
- Avez-vous eu des problèmes alimentaires à l'adolescence ?
- Avez-vous déjà consulté un psy ? pour quels motifs ?
- Avez-vous déjà eu des idées de mort ou de suicide ou avez-vous déjà fait des tentatives de suicide ? À quel moment de votre vie ?
- Avez-vous déjà pris des drogues ? lesquelles ? tabac ? alcool ? cannabis ? en consommez-vous encore ? À quelle fréquence ?

Encadré 1: Exemples de questions extrait de (6)

La barrière culturelle est fréquente chez les femmes suivies à la maternité de la Conception, et la notion d'antécédents psychiatriques n'a pas toujours de sens pour elles.

3.2 Repérer les signes d'alerte en maternité

D'après Dayan (44), une « pré-orientation » peut être obtenue en pratique clinique, à l'aide de questions simples : « **Avez-vous la sensation d'être anormalement épuisée ou découragée ?** » Si la réponse est hésitante on peut compléter : « **Éprouvez-vous parfois un sentiment de fatigue ou de lassitude qui vous conduit à pleurer ?** ». En cas de réponse positive à l'une des questions, on peut proposer à la femme de réaliser l'échelle de dépistage de la dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS).

L'interrogatoire de la femme sur son état de santé psychique doit être **renouvelé tout au long du suivi de la grossesse et en post-partum,** à la recherche de symptômes d'alerte (6) :

- **Variations de l'humeur** de la femme en période périnatale
- Troubles du sommeil
- Anxiété
- Crises d'angoisse s'atténuant au cours de la grossesse
- Verbalisation éventuelle d'idées noires ou d'autodépréciation
- Modification brutale du contact et attitude de repli.

Au total, les items d'antécédents psychiatriques, addictologiques et l'évaluation psychosociale peuvent être ajoutés dans le dossier médical à la consultation d'ouverture du dossier obstétrical, ainsi que les items des signes d'alertes psychiques à chaque consultation.
Ces questions peuvent faire l'objet de réticences tant de la part des patientes que des soignant.es car les troubles mentaux sont stigmatisés, et qu'ils soulèvent la question de la capacité à s'occuper d'un enfant, voire d'un possible placement.

Les professionnelles seront accompagnées en formation pour trouver leur manière d'aborder ces questions (cf. V.8).

4. Du staff pluridisciplinaire MPS à une équipe interdisciplinaire MPS

Les entretiens semi-structurés identifient le staff MPS et la pluridisciplinarité comme points forts de la prise en charge des patientes ayant des troubles psychiques. Cependant le principal point à améliorer est le manque de collaboration.

Ce contraste entre pluridisciplinarité et manque de collaboration peut être mieux compris à l'aide du récent concept d'interprofessionalité.
En effet, la **pluridisciplinarité** est définie comme « une juxtaposition de perspectives disciplinaires qui élargit le champ de la connaissance, en accroissant le nombre des données, des outils et des méthodes disponibles. Les composantes disciplinaires, dans ce cas, gardent leur identité ». L'**interprofessionnalité** est définie par l'OMS (45) comme « un apprentissage et une activité qui se concrétisent lorsque des spécialistes issus d'au moins deux professions travaillent conjointement et apprennent les uns des autres au sens d'une **collaboration effective** qui améliore les résultats en matière de santé » sachant « qu'aucune profession ne peut fournir à elle seule une gamme complète de soins ».

La multiplication des intervenants dans les situations de psychiatrie périnatale entraine « une cohérence et des points de vue souvent variables nécessitant pourtant l'unicité des choix » (46). Devant la difficulté à trouver cette cohérence des points de vue en staff MPS, cela peut aboutir à une absence de choix, et de décision, qui laisse les professionnelles de première ligne prendre des décisions complexes en conditions dégradées, comme elles le rapportent dans les entretiens.

On a également vu que le manque de collaboration se situe à deux endroits : le premier au sein même du staff MPS, le deuxième, dans l'articulation du staff avec le reste de l'équipe (situations difficiles, IMG psychosociales).

D'Amour (47) divise le processus de collaboration en quatre dimensions dont deux ont trait aux relations entre les individus et deux au contexte organisationnel qui influence l'action collective. Les quatre dimensions s'influencent mutuellement. On s'adressera ici aux dimensions relationnelles, sur lesquelles on peut plus facilement avoir un impact, que sur les dimensions organisationnelles :

1. **La finalisation** qui est l'existence d'objectifs communs et de leur appropriation par les membres de l'équipe ; la reconnaissance de l'existence de motifs divergents et d'allégeances multiples et de la diversité des définitions et des attentes liées à la collaboration.
2. **L'intériorisation** qui est la prise de conscience des professionnels de leur interdépendance et de l'importance de gérer cette dernière, ce qui se traduit par une

connaissance mutuelle des valeurs et des cadres disciplinaires ; par des rapports de confiance et par un consensus autour du partage de responsabilités.

Une bonne organisation d'équipe (High Reliability Organisation) permet d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients (48).

Ainsi, je propose la constitution d'une **Équipe de collaboration interdisciplinaire MPS**, qui puisse être un support pour les équipes de première ligne. Cette équipe MPS pourrait utiliser les techniques de soutien mutuel, de résolution des conflits et de communication appropriée promues par la HAS et décrites dans l'ouvrage *Health professions education : a bridge to quality* (49).

Une **réunion mensuelle,** tenue à la place d'un des staffs MPS hebdomadaires, pourrait-être le lieu de construction du travail d'équipe et d'un langage commun, d'analyse des pratiques sur le modèle « reprise des cas mortalité - morbidité » et aussi de discussions d'articles afin d'avoir une culture et des ressources communes.
L'équipe MPS intègrerait les besoins de l'équipe de première ligne de la maternité et communiquerait avec elle.

5. Création de parcours patiente

Les parcours patientes sont des outils d'aide à la pratique qui permettent d'améliorer la coordination des soins impliquant de nombreux acteurs. Il s'agit de codifier ces prises en charge, afin d'en améliorer la qualité et l'efficience. Les soins doivent prendre en compte les besoins spécifiques des patientes ayant des troubles psychiatres ou des familles carencées.

À noter, qu'on formalise ici un parcours de soins pour qu'il puisse mieux fonctionner et répondre aux besoins des usagers et des professionnel.les. La manière dont les femmes et les couples vont l'emprunter leur appartient ensuite.

Nous allons présenter quelques parcours types pour accompagner les familles, du désir d'enfant à l'accueil de l'enfant, en passant par la contraception ou l'interruption de grossesse avec la coordination psychiatrie-obstétrique-PMI-médecin traitant.

5.1 Parcours patiente

Toute grossesse découverte chez une patiente suivie au pôle de psychiatrie, et a fortiori hospitalisée fait l'objet d'un **parcours de soins hospitaliers** spécifique avec :

⇒ La désignation d'un **référent**, quelle que soit l'issue de la grossesse, qui s'assure de l'effectivité du suivi et rappelle la patiente si nécessaire

⇒ Une **échographie de datation**

- dans la journée pour une patiente hospitalisée ou s'il y a un risque de perte de vue
- dans la semaine sinon.

En cas de poursuite de la grossesse, et avec l'accord de la patiente :

a) Parcours de soins « Grossesse et Trouble Psychiatrique »

- Grossesse à Risque élevé
- Parcours coordonné par le référent en lien avec le médecin traitant
- Assistante sociale référente

Grossesse	⇒ Consultation avec une gynécologue-obstétricienne ⇒ Consultation avec une assistante sociale ⇒ Consultations régulières avec la pédo/psychiatre de la maternité qui fait le lien entre les équipes de psychiatrie et de la maternité (traitements, toxiques) ⇒ Consultation anténatale avec la pédiatre (allaitement, accueil du bébé, traitements/toxiques) ⇒ EPP et PNP avec la SF référente MPS ⇒ Consultation au centre expert bipolaire (en cas de trouble bipolaire) ⇒ Visite de la maternité et de la néonatalogie (si nécessaire) • Présentation au staff MPS avec présence de l'équipe de psychiatrie (présentation possible sans l'accord de la patiente en cas de danger avéré) • Liaison anténatale avec la PMI, qui rencontre la famille et propose des visites à domicile (SF et puéricultrice) • Liaison avec l'équipe de soins conjoints du secteur • Remise d'un carnet de suivi avec les différents intervenants

	• Préparation du séjour à la maternité en concertation avec la femme ou le couple (durée hospitalisation, traitement, soins spécifiques…) • Préparation du retour à domicile ou d'une alternative (foyer), avec la PMI et les TISF • Fiche de liaison MPS où sont tracées les décisions staff et CAT psychiatrique et CAT pour l'enfant
Hospitalisation à la maternité	• Consultation de la fiche de liaison dans le DPI • Hospitalisation longue en SDC et/ou en unité mère-enfant • Observation du lien mère-enfant • Soins parents-bébé spécifiques[61] • Lien avec et soutien (si besoin) de l'équipe de première ligne • Évaluation pluridisciplinaire des compétences parentales (avec l'aide du guide de Steinhauer[62]) en anté et postnatal
Post accouchement - Retour à domicile Ou Alternative	• Solution d'hébergement • Check-list de sortie avec RDV (SF, psychiatre) et contraception • Lien avec médecin traitant • Suivi psychiatrique rapproché • Référent reste en contact et veille à l'effectivité du relais <u>Pour l'enfant</u> • RDV pédiatrique • En cas de risque de danger et de refus des aides, rédaction d'une IP. En cas de danger avéré pour l'enfant, rédaction d'un signalement. A noter que le pédopsychiatre de la maternité peut rédiger l'écrit, en préservant l'alliance dans les soins avec le psychiatre traitant <u>Si retour à domicile</u> • Mise en place PMI, TISF <u>Pour le lien parents-enfant</u> • Soins conjoints (évaluer le besoin et orienter) (consultations /hospitalisation)

[61] Destinés à soutenir le lien parent-enfant et à contenir un nouveau-né qui aurait plus de difficultés à s'adapter à la vie extra-utérine (bain enveloppé, massage, observation du nouveau-né…)

[62] Cf. Annexe 10 : Guide de Steinhauer

b) Parcours IVG chez patiente ayant un trouble psychiatrique

Pour les patientes qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse et peuvent bénéficier d'une IVG :

⇒ IVG en milieu hospitalier

⇒ Échographie de contrôle systématique si IVG médicamenteuse

⇒ Accompagnement par le référent tout au long du processus

⇒ Consultation contraception au décours

⇒ Suivi psychiatrique rapproché au décours avec évaluation thymique et du risque suicidaire

c) Parcours IMG

Si la femme ne souhaite pas garder l'enfant et qu'il existe un péril maternel, possibilité d'IMG suivant le protocole établi (cf. Annexe 8) avec un suivi psychiatrique rapproché.

d) Parcours santé sexuelle et psychiatrie

Une étude française montre que 70% des femmes prises en charge aux urgences psychiatriques n'utilisent pas de contraceptifs (50). Une consultation ou une hospitalisation en psychiatrie d'une femme en âge de procréer est l'occasion de proposer une consultation de prévention avec une sage-femme.

De la même manière qu'une psychiatre est allée dans les murs de la maternité, une sage-femme pourrait proposer dans l'enceinte du pôle psychiatrie, une **consultation de santé sexuelle** avec une composante de prévention des IST[63], de contraception, et d'information sur les violences sexuelles qui sont des domaines clés de prévention de Santé Publique France. Une consultation mensuelle d'une sage-femme pourrait être expérimentée dans les locaux du pôle de psychiatrie puisque la première consultation contraception ne nécessite pas d'examen gynécologique. Une fois le lien fait, la femme pourrait aller consulter à la maternité, dans l'hôpital. Cette démarche a été initiée avec la gynécologue référente de la PMI avec le pôle de psychiatrie Sud à Marseille.

e) Consultation anténatale

La consultation anténatale est à formaliser avec les équipes de psychiatrie adulte pour accompagner les femmes et les couples dans leurs projets de grossesse.

[63] Infections Sexuellement Transmissibles

f) Suivi obstétrical non programmé

Le système de soin hospitalier est basé sur des RDV. Comme le relève un certain nombre de sages-femmes, les patientes ayant des troubles psychiatriques ou des carences importantes, sont rarement en mesure de se plier à ce mode de fonctionnement : elles ne se présentent pas, arrivent en retard, ne peuvent pas attendre. Leur accès aux soins est donc limité par la rigidité de l'offre de soin hospitalière. Une partie de l'activité obstétricale peut se penser en non-programmé pour ces patientes, pour les mêmes raisons que l'activité du psychiatre de la maternité qui a une partie en non-programmé.

5.2 Référent parcours

Comme nous l'avons vu dans les grands principes de la psychiatrie périnatale, la question du référent est centrale dans les recommandations actuelles (3). Or, dans notre étude, on constate que ce référent est inexistant dans le parcours de soins actuel à la maternité de la Conception.

Une proposition est donc de **nommer une référente parcours pour chaque patiente présentée au staff MPS, ou suivie en psychiatrie**. Le référent n'est pas la personne qui va devoir prendre des décisions pour la patiente, mais celui qui est responsable de maintenir le fil du suivi et de relancer la patiente si le suivi est interrompu. Ce référent fait le lien entre les différents intervenants. D'autre part, les patientes vulnérables ont souvent des attachements insécures, voire désorganisés et avoir un référent peut permettre de tisser un lien et ainsi de minimiser le vécu insécurisant. Le référent est le même tout au long du suivi, de la grossesse au post-natal. Il voit la patiente au cours des hospitalisations. L'optimal est qu'il soit **désigné et identifié comme tel par la patiente** (ou la famille).

Ce rôle doit être valorisé et du temps alloué pour le réaliser.

Pour les patient.es suivi.es en psychiatrie, le référent parcours doit pouvoir appréhender *a minima* les questions de psychopathologie, de suivi de grossesse, de protection de l'enfance. Le référent parcours doit être familier avec le réseau de soins psychiatriques et périnatals. On peut envisager différents intervenants :

- A l'hôpital, les situations peuvent être réparties pour harmoniser la charge de travail. Le référent peut être :

    - La sage-femme référente MPS, ou une sage-femme qui soit familière avec la psychiatrie et les intervenants du champ psychiatrique.
    - La psychiatre de la maternité peut être référente de la patiente puisqu'elle connait le réseau psychiatrique, la protection de l'enfance et le fonctionnement et les intervenants de la maternité.
    - L'assistante sociale du prénatal est parfois désignée par les familles comme référente, d'autant plus que la problématique sociale est franche.
- Une intervenante de la PMI (sage-femme ou puéricultrice) est possible, et au cœur du réseau
- Pour les problématiques addictologiques, un membre de l'association Fil Rouge peut être référent.

À noter que les intervenants de la PMI ou associatifs accompagnent fréquemment les patientes en consultation et proposent un accompagnement sur le plus long terme.

Il ne s'agit pas d'infantiliser ces femmes mais de tenir compte de leurs difficultés voire leur incapacité à s'inscrire dans un suivi, ce qui majore leurs fragilités. Cette démarche est dans la ligne de la démarche d'Aller-Vers (*Reach Out*) développée pour les personnes en grande précarité (51).

5.3 Lien avec la PMI

Le lien avec la PMI existe, notamment avec les puéricultrices et sages-femmes de liaison, qui passent dans les services et sont présentes au staff MPS. Cependant, comme relevé dans les résultats des entretiens, les professionnelles hospitalières ont peu de connaissances sur les actions menées par la PMI. Pour les familles vulnérables, leur travail se situe dans une véritable continuité, tant en amont qu'en aval de la maternité.

Il existe une confusion pour les familles et certains professionnels entre PMI et ASE. Ces institutions sont en effet proches, dans les mêmes locaux et parfois sur les mêmes situations et ont des rôles distincts de prévention pour la PMI et de protection pour l'ASE.

La référente PMI de la patiente pourrait directement venir au staff MPS dans les situations complexes, des synthèses doivent continuer à être organisées même en distantiel si nécessaire.

Une présentation des actions de la PMI est à envisager pour que les équipes de la maternité aient une vision plus globale du parcours de soins.

Par ailleurs, des retours à plus long terme des familles à problèmes multiples suivies par la PMI serviraient à améliorer nos prises en charge.

6. Travail structuré dans les situations périnatales préoccupantes

Certaines situations périnatales peuvent être qualifiées de « préoccupantes » sur le plan médico-psychosocial, avec un risque de danger pour l'enfant à naître ou né. Comme nous l'avons vu dans les résultats les situations périnatales préoccupantes sont fréquentes et mettent à mal les équipes dans leur accompagnement des familles. Elles font l'objet d'un manque de connaissance et de pratiques non optimales. Les professionnelles demandent spontanément des formations théoriques et pratiques sur la protection de l'enfance et l'observation du lien mère-enfant. On retrouve cette méconnaissance du cadre légal et des partenaires comme dans une étude régionale des pratiques sur les enjeux éthiques des situations prénatales préoccupantes[64] (52). Dans cette étude, les souhaits des professionnels sensibilisés à cette problématique étaient un travail de réflexion et l'acquisition d'une démarche d'analyse éthique, des formations et une aide à la décision. Les leviers d'amélioration identifiés étaient l'amélioration de la coordination, le développement d'un réseau pluridisciplinaire et d'une culture de l'information. On retrouve donc des leviers d'amélioration communs avec notre étude.

En tant que professionnel.les, notre rôle n'est pas de "laisser une chance aux familles" comme on l'entend souvent mais de se donner les moyens de pouvoir d'une part **évaluer les situations de manière globale** avant de prendre des décisions d'une si grande importance, et d'autre part **accompagner les familles** au mieux **dans le lien parent-enfant**, quelle que soit la forme qu'il prendra. Ces moyens sont : du temps, une méthode et des outils fiables, la création d'un lien de confiance avec la famille, la mobilisation des ressources propres des familles, des lieux

[64] Les IP et les signalements prénatals n'ont pas de cadre légal puisque le fœtus est considéré comme une partie de la mère dans le droit français. On ne peut donc pas être dans une démarche de protection d'un enfant-à-naitre, en revanche on peut proposer un accompagnement préventif.

d'accueil, des moyens humains (dont des interprètes), et également des connaissances sur la protection de l'enfance et ses acteurs.

Dans ce qui peut être fait à la maternité pour se rapprocher d'un parcours de soins optimal :

On peut proposer un suivi plus rapproché aux familles très vulnérables avec un lien étroit avec la PMI. Le temps de la grossesse est précieux pour créer un lien et commencer l'évaluation. L'hospitalisation en suite de couche peut également être longue pour permettre ce travail. Si l'intervention du psychiatre n'est pas nécessaire en l'absence de trouble psychiatrique, une évaluation pédopsychiatrique a du sens pour la question du lien parent-enfant et de l'évaluation du danger. Les psychologues sont indispensables pour le soutien de la famille et l'élaboration des difficultés psychiques et relationnelles.

L'observation du lien, l'évaluation des compétences parentales et la rédaction d'un écrit sont des compétences nécessaires et peuvent être déployées à partir d'un nombre limité mais suffisant de personnes formées. Des méthodes comme la grille de Steinhauer (cf. Annexe 10) utilisée au Québec, et l'IPPrénat (cf. Annexe 11) dans le département de la Vienne peuvent être une base de réflexion d'équipe. L'ensemble des professionnelles de première ligne doivent aussi recevoir une formation de base et un soutien en cas de situation complexe. Deux formations peuvent donc être proposées (cf. V.8). Ces formations peuvent inclure des interventions des partenaires de la protection de l'enfance.

Par ailleurs, la création d'une **fiche d'écrit unique informatisée** (respectivement IP et les signalements) où chaque professionnel.le remplisse sa partie, avec des éléments clés à renseigner et signée électroniquement présenterait un gain de temps. Ce formulaire, élaboré en partenariat avec la CRIP et la PMI, permettrait de créer un lien avec eux et de clarifier les éléments importants à renseigner pour les personnes qui vont recevoir l'écrit. De cette manière on gagnerait en efficacité et en équité du processus global d'évaluation.

En plus du travail d'évaluation, il s'agit d'accompagner les parents dans leur expérience de la parentalité, dans les soins à leur bébé, et vers une reconnaissance de leurs compétences mais aussi de leurs difficultés. L'évaluation structurée peut être un support pour cet accompagnement. Enfin, le bébé a également besoin d'être soutenu, parfois médicalement en

cas de syndrome de sevrage néonatal[65] par exemple, mais aussi dans des soins de base contenants réalisés par les puéricultrices et auxiliaires de puéricultures

En aval, il est indispensable de développer des structures dédiées aux femmes enceintes vulnérables, des structures d'hébergement mères-enfants spécialisées et des alternatives aux placements... ce sur quoi nous n'avons pas directement prise.

7. Répertoire des ressources

Les professionnelles de première ligne rapportent un manque de repérage et de clarté dans l'offre de soins de psychiatrie périnatale et avec les partenaires extérieurs.

Un autre appui à la coordination est l'élaboration, l'actualisation et la mise à disposition d'un répertoire des ressources utiles à l'orientation des patients et à l'organisation des parcours (53).

Un répertoire des unités de psychiatrie périnatale et de soins conjoints de Marseille et des environs, a été créé (cf. Annexe 1). Il sera mis à disposition et actualisé sur le serveur de l'hôpital et également sur le site du réseau de Périnatalité Méditerranée[66].

Un répertoire des PMI du département, ainsi que les coordonnées de la CRIP et du procureur de la République seront aussi mis à disposition.

Par ailleurs, il est nécessaire de recenser les structures d'accueil mère-enfant et les aides à domicile, avec leurs spécificités car le parcours de soins de nombreuses patientes va dépendre de la possibilité d'accueil en foyer mère-enfant ou d'un soutien à domicile.

Toutes les ressources et outils susmentionnés seront mises à disposition sur le serveur de l'hôpital.

[65] Lorsque la mère consomme certains médicaments, de l'alcool ou certaines drogues pendant la grossesse, le bébé en est brutalement sevré à la naissance. Il peut alors présenter des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, notamment des tremblements, des pleurs excessifs, des difficultés d'alimentation, des convulsions.
[66] www.reseauperinatmed.fr

8. Activités de formation

Les thèmes identifiés par les professionnelles font écho à l'écart constaté entre le parcours de soins actuel et le parcours optimal. On distingue un aspect théorique, pour renforcer les connaissances, et un aspect pratique sur la manière de mettre en œuvre ces connaissances dans la pratique professionnelle.

Différents niveaux de formations peuvent être envisagés : un niveau 1 pour toutes les professionnel.les, un niveau 2 pour l'équipe MPS et les sages-femmes qui souhaitent être référentes.

Le thème de la violence est envisagé par une seule professionnelle alors que c'est la première difficulté exprimée. Une formation spécifique pratique pourrait permettre de mieux gérer la violence et désamorcer les situations à risque de violence.

Un thème « Travail en équipe » permettrait d'améliorer la collaboration de l'équipe MPS.

VI. PERSPECTIVES

1. Étude quantitative

Une étude prospective pourrait être réalisée sur une période de temps plus longue afin de recueillir des données qui permettent la poursuite de l'amélioration du parcours de soins. Un suivi, pourrait être envisagé jusqu'au un an de l'enfant pour évaluer le devenir à plus long terme, tant du point de vue psychiatrique maternel, que du développement de l'enfant ou des mesures de protection de l'enfance. Il serait intéressant de comparer les résultats avec ceux des autres maternités marseillaises.

2. Évaluation de l'expérience patient/couple

Cette étude est basée sur des données cliniques, une observation participante de l'interne de psychiatrie, et un retour des professionnelles du terrain. Un prisme qui reste à étudier est la

perspective patiente sur le parcours de soins. En effet, la patiente, et plus largement la famille, sont au cœur du dispositif de soins, le retour sur leurs expériences est donc primordial.

3. Intégration de la dimension culturelle

Une partie significative des femmes suivies à la maternité viennent d'une culture où les représentations en santé mentale et en parentalité sont très différentes de celles exposées ici. Elles ne parlent pas français, ne savent pas toujours lire. Comment penser le soin psychiatrique périnatal dans un autre contexte culturel ? Comment adapter nos outils ? La perte de chance est encore plus grande lorsque la barrière de la langue et de la culture intervient.

4. Réseau de psychiatrie périnatale

La psychiatre de la maternité appartient à un réseau de soin de psychiatrie périnatale de plus grande échelle. Un dispositif de concertation spécialisé dans les soins psychiatriques de périnatalité en troisième ligne[67] est en cours de mise en place au CHU, avec la participation des psychiatres d'adulte intervenant en périnatalité, l'unité parent-enfant, et les pédo/psychiatres de la maternité.

Ce nouveau staff permet un travail entre les équipes de psychiatrie de l'adulte et de l'enfant intervenant toutes deux à la maternité, et entre la maternité et l'unité parent-enfant.

L'articulation des psychiatres et des pédopsychiatres reste à penser à la maternité sans multiplier les intervenants tout en gardant une offre de soins lisible.

5. Rétablissement et périnatalité

Un projet de grossesse ou un souhait de maternité/paternité sont des envies profondes, et des choix de vie. Ils dépassent complètement le cadre médical ou de la pathologie psychiatrique. Ainsi une approche basée sur le rétablissement pourrait apporter des pistes de développement.

« Le rétablissement correspond à un cheminement de la personne, dans la durée, pour reprendre le contrôle de sa vie et trouver sa place dans la société. C'est une démarche personnelle de

[67] i.e. un dispositif très spécialisé, dans un centre de référence

réappropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). Il s'agit de retrouver une citoyenneté pleine et entière après avoir réussi à contrôler ou vivre avec les symptômes et avoir réappris à exercer certaines habiletés de fonctionnement. » (54) Un des grands principes du processus de rétablissement est de se « construire sur ses forces » : cela implique de réorienter l'attention sur les ressources plutôt que sur les points de vulnérabilité de la personne (55).

Ainsi d'autres dispositifs peuvent être envisagés, avec les usagers de la psychiatrie : des ateliers d'éducation à la santé sexuelle, des interventions de théâtre forum, des ateliers ou des groupes de parole sur la parentalité pour personnes ayant des troubles psychiatriques pourraient se développer dans les CMP, les HDJ, les GEM[68]… Des parents porteurs de troubles psychiatriques pourraient accompagner les femmes ou les couples dans leur parcours, comme les travailleurs pairs[69] en psychiatrie. Enfin, des structures d'accompagnement intensif parents-enfant seraient nécessaires.

6. Vers une unité kangourou à la maternité

Dans un monde idéal, on aurait une unité dédiée pour accompagner les femmes porteuses de troubles psychiatriques et carencées à la maternité, c'est-à-dire faire ce qui est fait actuellement mais dans un cadre plus adapté et dans une temporalité plus longue. Créer une unité est une mesure plus complexe qui peut être travaillée comme projet. La création de quelques lits dédiés, flottants[70], pour ne pas diminuer la capacité d'accueil de la maternité, avec une équipe soignant.es formé.es serait un point de départ.

[68] Groupes d'entraide mutuelle : associations portées par et pour des usagers en santé mentale ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.

[69] Fait référence à un membre du personnel vivant, ou ayant vécu, un trouble de santé mentale. À partir de son expérience de la maladie et de sa compréhension de son propre processus de rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir.

[70] Lit qui peut être occupé par n'importe quelle patiente s'il n'est pas pris par une patiente ayant un trouble psychiatrique. Il ne reste pas vide.

7. Éthique

Accompagner des familles carencées et des parents porteurs de troubles psychiatriques dans cette période de grossesse, de naissance et des premiers mois de l'enfant soulève des questions éthiques complexes « entre prévention et protection, légal et légitime » (52). Dans l'étude sur les situations prénatales préoccupantes (56), le magistrat interrogé souligne la tension entre le fait d'assurer la protection de l'enfant et celui de respecter le droit des parents. Par ailleurs comment ne pas tomber dans la stigmatisation de ces familles et respecter leur autonomie, ne pas en ajouter à leurs souffrances, tout en considérant les questions de sécurité et de développement des bébés ? Comment également leur permettre de vivre au mieux ces moments de vie parfois tant attendus, en l'absence de structures adéquates afin de les accueillir ?

La prise en charge des patientes souffrant d'un trouble psychiatrique doit par ailleurs trouver son équilibre entre une prise en charge spécifique (qui peut être stigmatisant) et une prise en charge au plus près du droit commun (qui nécessite de former un maximum de professionnels à ces aspects).

CONCLUSION

La maternité est un lieu clé dans le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques périnatals, qu'ils soient préexistants ou apparus pendant la grossesse ou le post-partum. Comment intégrer les soins psychiatriques au parcours de soins des femmes et des familles à la maternité, avec leur temporalité et leurs spécificités ?

Cette recherche-action fait un état des lieux des familles qui ont recours à ces soins ainsi que des pratiques dans une maternité de niveau III, afin de faire des propositions concrètes d'amélioration du parcours de soins. Il en ressort que les situations cliniques sont variées avec une proportion significative de situations très complexes avec l'association de troubles psychiques, précarité, consommation de toxiques ou violence, posant la question de la sécurité de l'enfant. Du côté des soins, on note un manque de repérage, de cohérence des soins, de collaboration et de formation chez les professionnel.les.

L'étude met en évidence que la présence régulière d'une psychiatre à la maternité permet une plus grande continuité des soins et diminue les situations d'urgence. Les propositions d'amélioration sont notamment la création d'une équipe interprofessionnelle dédiée et des outils adéquats pour améliorer le repérage des troubles psychiatriques, la coordination des soins de la mère et protéger l'enfant.

L'intégration des soins psychiatriques passe par le développement d'une collaboration interprofessionnelle efficace, à différents niveaux, soutenue par une analyse des pratiques et un travail de cohésion d'équipe. Cette collaboration peut se mettre en place grâce à une connaissance concrète du terrain, de sa clinique, de ses acteurs et de leur articulation.

Par ailleurs, le temps des soins psychiatriques à la maternité est finalement assez court et demande à s'articuler avec des soins sur des durées plus longues. Ainsi le développement de la collaboration interprofessionnelle gagnerait à s'étendre aux partenaires de la psychiatrie, de la petite enfance, des lieux d'hébergement... et à s'ouvrir à une approche basée sur le rétablissement et centrée sur l'expérience des familles.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bauer A, Parsonage M, Iemmi V, Adelaja B. The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health; 2014.

2. Sutter-Dallay A-L, Guedeney N. Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. EMC - Psychiatrie. janv 2010;7(1):1-8.

3. Rapport de la commission des 1000 premiers jours [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2020 sept p. 130. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf

4. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. Obstet Gynecol. nov 2005;106(5 Pt 1):1071-83.

5. Wesseloo R, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Pop VJM, Kushner SA, Bergink V. Risk of Postpartum Relapse in Bipolar Disorder and Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 1 févr 2016;173(2):117-27.

6. Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015 [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021 janv p. 237. Disponible sur: www.santepubliquefrance.fr

7. Brown GW, Harris T. Disease, distress and depression: A comment. Journal of Affective Disorders. 1 mars 1982;4(1):1-8.

8. Garret-Gloanec N, Pernel A-S. La négligence, une forme de maltraitance. In: Aide-mémoire - Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod. Malakoff; 2017. p. 299-308.

9. Boukakiou R, Glangeaud-Freudenthal NMC, Falissard B, Sutter-Dallay A-L, Gressier F. Impact of a prenatal episode and diagnosis in women with serious mental illnesses on neonatal complications (prematurity, low birth weight, and hospitalization in neonatal intensive care units). Arch Womens Ment Health. août 2019;22(4):439-46.

10. Khalifeh H, Brauer R, Toulmin H, Howard LM. Perinatal mental health: What every neonatologist should know. Early Hum Dev. nov 2015;91(11):649-53.

11. Comission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant : Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité [Internet]. Paris: Ministère de la santé; 2014 p. 72. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des__femmes_en_situation_de_precarite_ou_de_vulnerabilite.pdf

12. Dugravier R, Dubois de Bodinat L. Conséquences des troubles psychiatriques maternels sur le caregiving. In: Guedeney N, Guedeney A, éditeurs. L'attachement : approche clinique et thérapeutique: 2e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 157-73.

13. Nezelof S, Ropers G, Duquet A. Soins psychiques en périnatalité. Qui demande quoi ? À qui ? Et pourquoi ? Enfances Psy. 1 mars 2006;no 30(1):20-8.

14. Parcours de soins. Haute Autorité de Santé; 2012 mai.

15. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.

16. Diquelou JY. [Risk factors for child abuse during the perinatal period. Preventive approach in the obstetric milieu. Role of a child abuse risk index]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1996;25(8):809-18.

17. PLAN « périnatalité » , 2005-2007 , Humanité, proximité, sécurité, qualité [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; p. 44. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf

18. Circulaire DHOS/O1/O3/CNAMTS n°2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité [Internet]. APHP DAJDP; 2006 [cité 14 mars 2021] p. 17. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso1o3cnamts-n-2006-151-du-30-mars-2006-relative-au-cahier-des-charges-national-des-reseaux-de-sante-en-perinatalite/

19. Kojayan R, Lévy G, Havasi K, Molénat F. Grossesse et souffrance psychique : Précis de nouvelles pratiques. Montpellier: Sauramps Médical; 2016. 183 p.

20. Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.

21. LOI n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 [Internet]. Code de la santé publique, Article 62. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000039675412?r=aIE8tXrbnv

22. Pour qui? Pour quoi ? – Alliance francophone pour la santé mentale périnatale [Internet]. Disponible sur: http://alliance-psyperinat.org/pour-qui-pour-quoi/

23. Proposition de loi visant à renforcer le droit à l'avortement. Code de la santé publique, 3292 août 25, 2020.

24. Interruption de grossesse pratiquée pour motif médical [Internet]. Code de la Santé publique,L2213-1.
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006171543/

25. Branger B, Dabouis G, Jegoudez R, Launay-Bourrillon C, Grimaud I, Berthiau D, et al. Les interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme. Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009 d'un point de vue médical et éthique. Éthique & Santé. 1 sept 2018;15(3):161-71.

26. Piel B, Azria E, Oury J-F, Carbillon L, Mandelbrot L. Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels : étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique. La Revue Sage-Femme. 1 nov 2013;12(5):204-13.

27. Versnaeyen–Collin L. L'interruption médicale de grossesse pour péril psychiatrique : approche théorique et clinique [Internet]. [Lille]: Université Lille 2 Droit et Santé; 2013. Disponible sur: http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-405

28. IMG psycho-sociale - Position du CNGOF [Internet]. 2019. Disponible sur: http://www.cngof.fr/actualites/677-img-psycho-sociale-position-du-cngof

29. Accouchement sous le secret [Internet]. Code Civil, 326. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006425119

30. LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. 2016-297 mars 14, 2016.

31. De l'assistance éducative [Internet]. Code civil, Article 375. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032207495/

32. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. HAS; 2005 nov p. 56. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

33. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. John Wiley & Sons; 2009. 514 p.

34. Mays N, Pope C. Rigour and qualitative research. BMJ. 8 juill 1995;311(6997):109-12.

35. Boisson D. Améliorer les pratiques professionnelles en psychiatrie périnatale. Mise au point d'un outil pour repérer le profil de vulnérabilité des patientes et mieux prendre en charge les familles à problèmes multiples [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/637/

36. Reinert M. Un logiciel à Analyse Lexicale. Les Cahiers de l'Analyse des Données. 1986;471-84.

37. Moreau A, Dedianne M-C, Letrilliart L. S'approprier la méthode du focus group. REVUE DU PRATICIEN MEDECINE GENERALE. 204apr. J.-C.;18(645):382-4.

38. Garez V, Devouche E, Bobin-Bègue A, Alecian M, Minjollet P, Vallerent A, et al. La liaison en « Périnatalogie » : des soins entre réseau, liaison et prise en charge mobile. L'Encéphale. 1 juin 2018;44(3):239-46.

39. Cès A, Falissard B, Glangeaud-Freudenthal NMC, Sutter-Dallay A-L, Gressier F. Pregnancy in women with psychotic disorders: risk factors associated with mother-baby separation. Arch Womens Ment Health. 2018;21(6):699-706.

40. Adouard F, Glangeaud-Freudenthal NMC, Golse B. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France. Arch Womens Ment Health. juin 2005;8(2):89-95.

41. Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. Eur Psychiatry. 1998;13(2):83-9.

42. Sutter-Dallay A-L. Les outils d'évaluation. In: Aide-mémoire - Psychiatrie et psychopathologie périnatales. Dunod. Malakoff; 2017. p. 341-8.

43. Shea SC, Terra J-L, Séguin M. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension: L'ART DE LA COMPREHENSION. Elsevier Masson; 2005. 752 p.

44. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 oct 2007;36(6):549-61.

45. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. OMS; 2010 p. 64.

46. Guiraud-Chaumeil B. Progrès médical, qualité des soins et transparence. In: Les facultés et instituts des sciences médicales face aux impératifs de la santé au début du XXIe siècle. PUJ: Université Saint-Joseph Beyrouth. P Farah; 2000. p. 31-40.

47. D'Amour D. Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec [Thèse de Doctorat, Médecine]. [Montréal]: Université de Montréal; 1997.

48. King HB, Battles J, Baker DP, Alonso A, Salas E, Webster J, et al. TeamSTEPPS™: Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, Grady ML, éditeurs. Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol 3: Performance and Tools) [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008. (Advances in Patient Safety). Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43686/

49. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Health Professions Education: A Bridge to Quality [Internet]. Greiner AC, Knebel E, éditeurs. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. Disponible sur: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221528/

50. Guiset JB. Etat des lieux de la prise en charge gynécologique chez les patientes atteintes de pathologies psychiatriques aux EPSM de Lille et de Roubaix [Doctorat de médecine]. Université de Lille; 2014.

51. Blanc A, Bertini B, Chabin-Gibert I. Etat des lieux des actions d' « aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité en Ile-de-France. ARS Île-de-France; 2018 p. 61.

52. Einaudi M-A, Bernard O, Tardieu S. Vulnérabilités prénatales, enjeux éthiques de la prévention : enquête de pratiques. Sante Publique. 25 sept 2019;Vol. 31(3):347-55.

53. Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2014 sept p. 46. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

54. Vers le rétablissement | Unafam [Internet]. [cité 21 mars 2021]. Disponible sur: https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/vers-le-retablissement

55. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. L'information psychiatrique. 15 nov 2012;Volume 88(4):257-66.

56. Chauvet-Baron A, Carré S, Alföldi F. Evaluer les situations prénatales préoccupantes : un prototype élaboré à partir de la méthode Alföldi - Réseau Prisme. Les Cahiers de l'Actif. 2016;(476-477):227-54.

57. Steinhauer PD. ASSESSING FOR PARENTING CAPACITY. American Journal of Orthopsychiatry. 1983;53(3):468-81.

58. Guide d'évaluation des capacités parentales au CJMIU : basé sur les grilles d'évaluation du Groupe du Toronto Parenting Capacity Assessment Project (Guide de Steinhauer 0 à 5 ans). 4e éd. Montréal: Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire; 2014. 47 p.

TABLE DES ANNEXES

Annexe 1: Répertoire des soins de psychiatrie périnatale Marseille 92
Annexe 2 : Charte du staff MPS 96
Annexe 3 : Fiche de liaison périnatalité 105
Annexe 4 : Fiche de poste 107
Annexe 5 : Fiche de liaison de psychiatrie périnatale 109
Annexe 6 : Guide d'entretien 110
Annexe 7 : Tableau d'analyse thématique des entretiens semi-structurés 111
Annexe 8 : Protocole IMG détresse psychosociale (2021) 116
Annexe 9 : Auto-questionnaire EPDS 124
Annexe 10 : Guide de Steinhauer 126
Annexe 11: Information Prénatale Préoccupante 127

Annuaire des Soins de Psychiatrie périnatale Marseille & 13 Est

Secteurs de pédopsychiatrie :

Marseille 1-3e & 13-16e -> Édouard Toulouse

Marseille 4e-9e -> APHM

Marseille 10-12e, La Ciotat, Aubagne -> Valvert

Liaisons Maternités :

- CHU conception -> APHM – service Poinso - Sabine Caminade (pédopsy)
- CHU Nord -> Edouard Toulouse – Dre Marie-Pierre Gay
- Saint-Joseph -> Dre Julie Marcou
- Beauregard -> Valvert – Dre Laure Le Treut (pédopsychiatre) / Dre Camille Faucher (psychiatre)
- Aubagne -> Valvert – Dre Laure Le Treut
- La Ciotat -> Valvert – Dre Laure Le Treut / Dre Camille Faucher

Établissement	**Unité de soins conjoints**	**Type activité**	**Secteur**	**Lieux de consultation**	**Liaison Maternité**
CHU Sainte Marguerite Service Poinso	UPE	HDS HDJ Consultations liaison	Non sectorisé, Recrutement régional	Hôpital Sainte Marguerite	Hôpital Conception
	CMP Dr Dugnat	Consultations 0-3 ans	8-9e	CMP Raphael	
CH Édouard Toulouse	Unité de soins précoces Didier Houzel	Consultations CATTP VAD	Centre-ville : 1, 2, 3e Quartiers nord : 13e, 14e, 15e-16e	Unité principale 13e (CATTP) Antenne 2e Antenne 15e (CATTP) Domicile	Hôpital Nord

CH Valvert	Équipe mobile périnatale	VAD, liaison maternité, consultations	10e, 11e, 12e, Aubagne, La Ciotat	Domicile CMP	Beauregard Aubagne La Ciotat

CHU SAINTE MARGUERITE AP-HM

Pôle de psychiatrie, addictologie, pédopsychiatrie
David Da Fonseca, chef de pôle
Service de psychiatrie du bébé de l'enfant et de l'adolescent
François Poinso, chef de service

Secrétariat du service : 04 91 74 47 61/67



Unité parents-enfant

Hospitalisation de semaine (lundi-vendredi, nuits incluses) ou de jour – non sectorisé
Consultations spécialisées : 4-9e arrondissement
270 boulevard Sainte-Marguerite 13009 Marseille
Poste infirmier : 04 91 74 47 64
Dr Michel Dugnat, pédopsychiatre, responsable de l'unité michel.dugnat@ap-hm.fr
Dr Léo Gonnet, psychiatre assistant ; cadre : Martine Olivares, Nicole Le Claire, psychologue, puéricultrices, infirmières, assistante sociale ; art-thérapeute.



CMP Raphaël
28 rue Raphaël 13008 Marseille
Consultations 0-3 ans – secteurs : 8 et 9e arrondissement
Dr Michel DUGNAT



Activité de liaison et **Consultations** à la **maternité du CHU de la Conception**
Sabine Caminade, assistante en pédopsychiatrie (mai 2021) sabine.caminade@ah-hm.fr

*

Service de Psychiatrie adulte,
chef de service Dr Jean NAUDIN

Centre expert Bipolaire (psychiatrie adulte)

Dr Raoul BELZEAUX, psychiatre, raoul.belzeaux@ap-hm.fr



Dre Laure ENCELY, assistante en psychiatrie laure.encely@ap-hm.fr
Consultation spécialisée, avis pharmacologique grossesse/allaitement – non sectorisé



Activité de liaison à la maternité du CHU de la Conception
Elsa MOREAU, Dre Junior en psychiatrie elsa.moreau@ap-hm.fr

CENTRE HOSPITALIER ÉDOUARD TOULOUSE

Pôle de pédopsychiatrie
Sigrid Martin, cheffe de pôle



Unité de soins précoces Didier Houzel

118 chemin de Mimet
13015 Marseille
Marie-Pierre Gay, pédopsychiatre, responsable de l'unité
Secrétaire : Carine Decahagnes + 33(0)4 96 13 04 48
marie-pierre.gay@ch-edouard-toulouse.fr

Malika Koussa, cadre infirmière ; Nathalie Romagné, psychologue clinicienne ; infirmières ; psychomotricienne, assistante sociale.



Liaison à la maternité du CHU Nord



Unité premier accueil (UPA) :
8 rue Sainte Barbe (arrêt de métro Colbert).
« Immeuble le colbert »
13001 Marseille
Secrétariat : Madame Bournade. contactupa@ch-edouard-toulouse.fr
Tel : 0762487575
Demande à faire par téléphone.
Dr Ponson, 2 psychologues à mi-temps (Mme Gargalo, Mme Hibon), 1 IDE, 1 AS
Orientation générale : Soins des psychotraumatismes chez l'enfant ainsi que la prévention et le soutien à la parentalité en partenariat avec les acteurs sociaux.

CENTRE HOSPITALIER VALVERT

Pôle de Pédopsychiatrie
Cheffe de Service : Dre Tiphaine Krouch
78 bd des Libérateurs
13011 Marseille



Équipe Mobile de Périnatalité
Secrétariat : 07.64.27.25.81 (lu-mar-je-ve 13h30-16h30)
Portable 07.64.25.88.02
Mail : perinat@ch-valvert.fr
Médecin Responsable : Dre Laure Le Treut, Assistante : Dre Sabine Caminade (mai 2021). Cadre : Gilles Médori, secrétaire, psychologue, psychomotricienne, infirmières

Secteurs : Marseille : 10-11-12e, La Ciotat, Aubagne
Liaison Maternités : Beauregard, La Ciotat, Aubagne

CENTRE HOSPITALIER ST JOSEPH



Pédopsychiatre sur le pôle parents-enfants
Dre Julie Marcou
Consultations externes de psypérinatalité et psychiatrie périnatale : femmes enceintes, parents-bébé (<1an)
Consultations de liaison en néonatologie, en maternité, en pédiatrie
Secrétariat : 04.91.80.66.80
jmarcou@hopital-saint-joseph.fr

Psychologue sur le pôle parents-enfants
Mme Sandrine Pozzo di Borgo
Consultations externes de psypérinatalité et consultations de liaison à la maternité et service de grossesses pathologiques
tel : 04.91.80.67.92
apozzodiborgo@hopital-saint-joseph.fr

CENTRE HOSPITALIER LAVERAN



Service de Psychiatrie HIA Laveran
34 Boulevard Laveran 13013
Tèl : 04 91 61 72 82,
Dre Fréderique Gignoux-Froment
Activité : consultations pour les familles de militaires, aide à la parentalité, consultations parents-bébé.
Condition : un des parents est militaire.

Annexe 2 : Charte du staff MPS

STAFF MEDICO-PSYCHO-SOCIAL (MPS)

REGLEMENT INTERIEUR

Maternité CONCEPTION

Convention N° 2014-3129

Mars 2018

Sommaire

1 CONTEXTE 3
2 ASPECTS LEGISLATIFS 3
3 OBJECTIFS DU STAFF 4
3.1 Objectifs généraux 4
3.2 Objectifs opérationnels 4
4 ACTEURS 4
5 ACTIONS 5
6 CRITERES D'INCLUSION 5
7 LES OUTILS 5
7.1 Fiche de liaison périnatalité (Cf. Annexe) 5
7.2 Compte-rendu du staff 6
8 ORGANISATION DU STAFF 6
8.1 Le coordonateur du staff 6
8.2 Le référent patient pour la maternité 7
8.3 Le référent Patient PMI du staff 7
8.4 Les différents professionnels intervenant sur la prise en charge de la patiente 8
8.5 Fréquence et lieu du Staff 8
9 INFORMATION ET CONFIDENTIALITE 8
10 EVALUATION DU STAFF MPS 9

1 CONTEXTE

Ce règlement intérieur a pour objet de poser le cadre d'organisation et de fonctionnement du staff médico-psycho-social (staff MPS) de la Maternité de la Conception.

Il fixe les règles de travail en commun des différents partenaires de la périnatalité et vise à assurer, avec l'accord des familles, une prise en charge adaptée aux difficultés des patientes en situation de vulnérabilité.

Ce règlement intérieur s'inscrit dans la Convention définissant le partenariat entre l'AP-HM, titulaire d'une autorisation d'activité de périnatalité, et le Conseil Général 13.

2 ASPECTS LEGISLATIFS

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011 - 2015
- Circulaire DHOS/O2 n° 507-2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération ;
- Circulaire DHOS/O1/DGS/DGAS n° 517-2004 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent ;
- Plan périnatalité « Humanité, proximité, sécurité, qualité » 2005-2007 ;
- Fiche du plan périnatalité relative à l'entretien du 4e mois
- Fiche du plan périnatalité relative aux réseaux périnatalité
- Loi du 5 mars 2007 relative à la protection de l'enfance et guide d'application
- Art L221-13 du CSP relatif à l'IMG pour raisons médicales
- Circulaire DHOS/01/03 CNAMTS 2006-151 du 330 mars 2006 relative au cahier des charges des réseaux de périnatalité
- Guide et recommandations HAS 2005 « Préparation à la naissance et à la parentalité »
- Code déontologique : médecin, SF, Assistante sociale, psychologue
- Art L N°83634 du 13/07/1983 des fonctionnaires
- Convention APHM Conseil Général 13 N° 2014-3129 – Staff de Périnatalité

3 OBJECTIFS DU STAFF

3.1 Objectifs généraux

- Optimiser la prise en charge des femmes/familles en situation de fragilité/vulnérabilité médico-psycho-sociale
- Prévenir l'aggravation de leurs difficultés

En améliorant la coordination entre les différents acteurs de la périnatalité

3.2 Objectifs opérationnels

- Mettre en place, au travers d'un groupe pluri professionnel et pluri institutionnel autour de la naissance, des stratégies de prévention et de prise en charge les mieux adaptées
- Partager l'information et analyser les situations afin de coordonner et d'améliorer la cohérence des prises en charge des femmes enceintes en situation difficile, le plus en amont et le plus précocement possible
- Garantir une bonne transmission de l'information en respectant le secret professionnel et médical et le droit des usagers
- Favoriser l'articulation des différents partenaires de la périnatalité

4 ACTEURS

Conformément à la Convention, le staff médico-psycho-social (MPS) est composé de différentes équipes :

- Equipe de maternité: un gynéco-obstétricien, une sage-femme, des sages-femmes **coordonnatrices**, un pédiatre, une PDE, une assistante sociale, une psychologue
- Equipe PMI : un médecin PMI, une sage-femme, une puéricultrice
- Equipe de néonatalogie : un pédiatre
- Equipes de psychiatrie: un psychiatre de liaison et un pédopsychiatre de périnatalité
- Equipe PASS : une assistante sociale
- Autres : personnes invitées (ASE, TISF, …) en fonction des dossiers présentés

5 ACTIONS

3 niveaux d'actions pour le staff :

- Soins et prise en charge (Conduite à tenir)
- Prévention (Conseil anticipation)
- Pilotage (Coordination)

6 CRITERES D'INCLUSION

Seront discutés au staff MPS :

- Tous les dossiers des femmes présentant des facteurs de vulnérabilité médico-psycho-sociale, vues en consultations prénatales, lors de l'entretien prénatal précoce, hospitalisées ou sur demande de la PMI ou de tout autre service (psychiatrie, pédopsychiatrie…)
- Toute situation faisant l'objet d'une préoccupation importante par un professionnel de santé

Ne seront pas discutés au staff MPS :

- Problèmes strictement médicaux : le staff MPS peut seulement servir d'aide pour l'orientation des patientes incluses
- Problèmes strictement sociaux : ils ne sont pas gérés en tant que tels lors du staff, mais celui-ci permet de créer du lien entre professionnels du sanitaire, du médico-social et du social

  Lors du staff MPS, seules les situations les plus complexes sont présentées. Les autres dossiers sont évoqués de façon synthétique pour information et traités dans le service.

7 LES OUTILS

Le staff MPS dispose de plusieurs outils :

7.1 Fiche de liaison périnatalité (Cf. Annexe)

Elle permet de centraliser l'ensemble des données dans le dossier médical : synthèse de la situation, correspondants, trace de l'information donnée à la patiente, consentement de la patiente ou tuteur environnement familial, traitement, conduite à tenir proposée en ante natal, suite de couches, post natal , …

Les conduites à tenir sont réévaluées à chaque staff afin d'être adaptées à l'évolution et/ou aux nouvelles difficultés apparues.

La fiche est accessible à tous professionnels de santé pouvant être amenés à prendre en charge la patiente.

7.2 Compte-rendu du staff

Il est établi par le coordonnateur du staff.

Sur le compte-rendu de staff, figurent les participants (présents/excusés), le nombre de dossiers présentés (par la Maternité, par PMI, par les services de psychiatrie ou pédopsychiatrie), les informations globales non nominatives discutées lors du staff, la date du prochain staff

Ce compte-rendu est diffusé par mail aux participants (cette diffusion exclut une personne invitée pour discuter d'un cas particulier).Une Information concernant l'existence et l'organisation du staff MPS sera transmise à tous nouveaux arrivants dans les équipes concernées.

8 ORGANISATION DU STAFF

Le Staff MPS s'appuie sur différents acteurs auxquels des missions sont confiées :

8.1 Deux référents du staff de périnatalité

Pour la PMI : Sage-femme référente

Pour la Maternité : Annie Allegre, sage-femme coordinatrice des consultations

Leur rôle est de s'assurer du bon fonctionnement du dispositif de partenariat périnatal de prévention

8.2 Le coordonnateur du staff

- Coordonne les actions du staff

✓ en amont du staff :

- sur indication des référents, établit la liste des dossiers à présenter au staff
- informe la PMI des cas présentés par la Maternité (via appel téléphonique, mail ou cahier de liaison PMI)
- établit la fiche de liaison périnatalité (recto) des dossiers de la maternité à présenter au staff
- signale les cas à présenter aux professionnels concernés (psychologue, AS, psychiatre, pédopsychiatre)

✓ Le jour du staff :

- met à disposition les dossiers médicaux de la maternité des patientes présentées au staff
- présente sur le plan médical les cas sélectionnés

✓ Après le staff :

- rédige et diffuse le compte rendu de séance
- confirme la date du prochain staff décidé en séance

✓ Evaluation (en lien avec le Service d'Evaluation Médicale, Santé Publique, AP-HM)

- établit un tableau de suivi des indicateurs (relevés par lui-même et communiqués par l'assistante sociale)
- rédige le rapport d'évaluation annuel

8.2 Le référent patient pour la maternité

Un professionnel de la maternité suivant la patiente : médecin, sage-femme, psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, assistante sociale

- Propose en amont, au coordonnateur, de présenter un dossier en staff
- Informe la patiente de la présentation de son dossier en staff MPS, lui explique le fonctionnement du staff et l'objectif de cette présentation et recueille son consentement (modalité sera définie par le service juridique)
- Complète le verso de la fiche de liaison tout au long du suivi pour son activité (conduites à tenir)
- S'assure avant le staff que la fiche est complétée en recueillant les informations auprès des différents professionnels directement concernés
- Présente le dossier en staff après accord de la patiente ou sans accord de celle-ci dans le contexte de danger avéré pour les personnes
- Inscrit sur la fiche de liaison les décisions prises en staff
- Restitue les décisions prises en staff à la patiente ou délègue cette restitution à un professionnel identifié par le staff

8.3 Le référent Patient PMI du staff

Professionnels de PMI : médecin, sage-femme et puéricultrice de PMI

- Font le lien entre les services hospitaliers et les services de PMI territorialisés pour les situations exposées.
- Aide à la réflexion sur la prise en charge des situations au regard des missions de la PMI

8.4 Les différents professionnels intervenant sur la prise en charge de la patiente

Tous les professionnels pouvant être amené à prendre en charge la patiente : médecin, sage-femme, psychologue, psychiatre, pédiatre, pédopsychiatre, PDE, assistante sociale, PMI

- Remplissent le verso de la fiche tout au long du suivi (Conduites à tenir)
- Assurent lors du staff l'information du devenir des cas présentés

8.5 Fréquence et lieu du Staff

Le staff MPS est organisé avec une fréquence régulière, mensuelle (le deuxième lundi du mois). Un planning annuel est fixé. La fréquence peut être modifiée en fonction des besoins

Le staff MPS se tient dans la salle de staff Maternité Conception.

9 INFORMATION ET CONFIDENTIALITE

- Le staff MPS est un espace de dialogue, de réflexion et d'éthique autour de la patiente et de son entourage qui permet un travail en équipe pluri professionnelle et pluri institutionnelle dans le respect des personnes considérées
- Chaque professionnel y obéit aux règles de son propre secret professionnel

- Les dossiers sont présentés en staff MPS après avoir demandé aux patientes et obtenu leur consentement pour une réflexion autour de leur situation
- Les professionnels qui suivent la patiente et participent au staff MPS la tiendront informée des différentes possibilités d'aide
- La seule dérogation à cette nécessité d'information préalable à la patiente est celui d'un contexte de danger avéré pour les personnes (pour la patiente, son bébé, les professionnels …)
- L'obstétricien prenant en charge la patiente et l'ensemble des professionnels de santé concourant à la prise en charge de la patiente sont prévenus du passage de la situation au staff. En tant que de besoin ils sont informés des résultats de l'évaluation.
- Le retour d'information aux familles est réalisé par le référent patient de la Maternité ou le référent PM du staff

10 EVALUATION DU STAFF MPS

L'évaluation du staff MPS sera menée annuellement, conformément à la Convention. Cette évaluation fera l'objet d'un rapport validé par le staff MPS et diffusé aux instances des signataires de la convention.

Des indicateurs de fonctionnement et d'impact seront relevés conformément entre autre à la liste formalisée dans la Convention.

Indicateurs de suivi

- Relevés par le coordonnateur
  - ✓ Nb de staff réalisés, nb de staffs prévus
  - ✓ Nb de dossiers présentés (globalement, par la Maternité, par la PMI, par d'autres services)
  - ✓ Participation (globale, par secteur d'activité)
  - ✓ Source des indications d'inclusion au staff
  - ✓ Descriptif population suivie en staff (mineures, parité …)

- Relevés par l'assistante sociale
  - ✓ Types de couverture sociale
  - ✓ Nb d'informations transmises aux autorités de protection de l'enfance
  - ✓ Suites données (sur une typologie à établir)

Ces différentes informations seront communiquées au coordonnateur pour établir le rapport d'évaluation.

Annexe 3 : Fiche de liaison périnatalité

Hôpitaux Universitaires de Marseille | ap hm | Hôpitaux de Provence

Pole Femmes-Parents-Enfants - Maternité Conception
Pr BRETELLE

FICHE DE LIAISON PERINATALITE

NOM
PRENOM
DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

Tel patiente :

Tel tuteur :

G : **P :** **DDG :** **TP :**

Grossesse suivie par :

Référent patiente : ☐ Maternité : ☐ PMI :

Information transmise par : ☐ Maternité : Le

☐ PMI : Le

Consentement préalable de la patiente ou du tuteur : ☐ Accord ☐ Refus
Consentement recueilli par : Nom Date :
pour les personnes ☐

Date de 1ère présentation :
Date autres présentations :

Présentation par : ☐ Maternité ☐ PMI ☐ Autre

Motif présentation : **Contexte** ☐ **Médical** ☐ **Psy** ☐ **Social**

Correspondants	**Numéro de téléphone**
Médecin traitant :	
Gynéco obst :	
SF Libérale :	
Psychologue :	
Pédopsychiatre :	
Psychiatre :	
Référent social :	
Sage-femme PMI :	
CMP :	
Association :	
Foyer :	
Autre :	

Environnement familial :
☐ Isolement : ☐ Domicile :
☐ Conjoint : ☐ Allégation violences conjugales/conflit :

Traitement :

Addiction : ☐ Tabac ☐ OH ☐ Toxiques ☐ Autres :

Couverture sociale : ☐ Sécu Sociale ☐ ☐ AME ☐ Aucune

DECISION DU STAFF

Date :

RECOMMANDATIONS MATERNITE / SDC

Traitement maternel :

Allaitement maternel : ☐ Oui ☐ Non

Recommandations faites par :

☐ **Assistante sociale :**

☐ **Psychologue :**

☐ **Psychiatre :**

Recommandations pour le nouveau-né :

A LA SORTIE, EVOLUTION

☐ **RAD** ☐ [illegible] ☐ **Lien PMI** ☐ **TISF**

☐ **SF Libérale** ☐ **PDE Libérale**

☐ **CMP** ☐ **Association**

Coordonnées :

☐ **Consultations de suivi** :

Coordonnées :

Dates prévues :

(Version 2020)

Annexe 4 : Fiche de poste

Liaison et Consultations de Psychiatrie Périnatale à la Maternité

Objectifs :

- Soutenir la maternité de la Conception dans la PEC des patientes avec comorbidité psychiatrique (grossesse à risque)
- Permettre une articulation rapide entre les différents acteurs des soins (obstétricaux, psychiatriques)
- Assurer une continuité anté et post-natale

Sabine CAMINADE

Téléphone : 06 XXX - abrégé : **XXX**

Mail : sabine.caminade@ap-hm.fr

Agenda consultable sur axigate

Consultations et liaison

Lundi et jeudi : 9h à 17h dans le bureau du RDV, face au bureau des entrées de la maternité

Adressage avec éléments cliniques

Directement par les sages-femmes, obstétricien, pédiatre, internes sur indication ci-dessous

Indications pour avis de psychiatrie périnatale

* Femme enceinte dès le premier trimestre présentant

- Antécédents de dépression du post-partum
- Trouble psychiatrique connu (en particulier trouble de l'humeur, trouble de la personnalité, schizophrénie)
- Dépression réactionnelle, tentative de suicide récente
- Traitement psychotrope à réévaluer

* En post-natal

- Épisode de dépression du post-partum actuel
- Psychose puerpérale ou décompensations d'un trouble psychiatrique préexistant
- Trouble du lien précoce

Missions

- Évaluation diagnostique psychiatrique et contexte
- Co-suivi avec un psychiatre adulte pour la mère (contact si déjà existant, mise en place sinon)
- Traitement : évaluation du traitement actuel, introduction si nécessité, adaptation du fait de la grossesse, information de la patiente sur les bénéfices-risques (grossesse, allaitement, risque de rechute)
- Évaluation du vécu de la parentalité et du lien avec le fœtus/bébé
- Consultation pédiatrique anténatale si traitement psychotrope
- Soins conjoints (parent-enfant) : évaluer nécessité, les présenter, les proposer dans un futur immédiat ou différé
- Création d'une **fiche de liaison** pour la maternité avec informations et CAT sur le plan psy (consultable dans chrono)
- Réévaluation après l'accouchement

Annexe 5 : Fiche de liaison de psychiatrie périnatale

Maternité de la Conception

-

Fiche de Liaison de Psychiatrie Périnatale

Nom : Prénom : Date de naissance :	Adresse : Situation familiale/sociale :
Grossesse Suivi par Évolution	Terme prévu Parité ATCD obstétricaux
Suivi psychiatrique Psychiatre référent : ATCD :	Toxiques : Traitement :

Difficultés actuelles :

Appuis potentiels pour les parents :

Point de vue des parents :

Conduite à tenir pendant le séjour à la maternité :

- ☐ Accompagnant pour l'accouchement :
- ☐ Hospitalisation longue en SDC
- ☐ Prévenir xxx
- ☐ Rencontrer père/famille
- ☐ TTT :
- ☐ Allaitement :
- ☐ Bébé en nursery si besoin de dormir la nuit
- ☐ Lien ciblé PMI + faire demande TISF
- ☐ Evaluation du lien mère enfant
- ☐ Soins conjoints :

Faire prélèvements : (patiente consentante)

- Sang maternel : dosage (en résiduel, juste avant prochaine prise TTT)
- Sang au cordon : dosage
- Dosage colostrum et lait

Annexe 6 : Guide d'entretien

Bonjour,

Je vais vous poser des questions concernant le parcours de soins à la maternité des femmes ayant un trouble psychiatrique ou des carences graves.

1. Dans la prise en charge actuelle, quels sont selon vous les 3 points forts / les 3 points à améliorer ?

2. Quelles sont les 2 situations qui vous mettent le plus en difficulté ?

3. Quels sont vos interlocuteurs dans ces cas ?
   (avec lesquels avez-vous le plus de difficultés, ou auprès desquels vous trouvez du soutien, certains sont–ils inexistants et manquent à la PEC ?)

4. Qu'attendez-vous de la présence d'un psychiatre/pédopsychiatre à la maternité ?
   (types de prise en charge, disponibilité, retour d'info...)

5. De quels outils aimeriez-vous disposer ?
   (outils dans DPI, outils de recueil, outils de repérage, outils d'aide à la communication)

6. Dans un monde idéal... De quelle structure de soins aimeriez-vous disposer à la maternité et en aval ?

7. Dans le champ de la psychiatrie périnatale, quelles sont les 3 thématiques sur lesquelles vous aimeriez vous former en priorité ?

Annexe 7 : Tableau d'analyse thématique des entretiens semi-structurés

	Assistante Sociale	Pédiatre	Obstétricienne	SF coordinatrice SDC	SF coordinatrice consultations	SF coordinatrice en maïeutique	SF référente vulnérabilité	Psychologue	SF HDJ	SF services	Infirmière + puéricultrice	Auxiliaire puériculture	Synthèse
Points forts	PEC psychiatrique avec présence du pédopsy à la maternité. Continuité des soins de la G aux SDC, accompagnement (pas juste urgence ou liaison) Travail pluridisciplinaire avec le staff	Consultation pédopsychiatre Traçabilité (contexte, traitement) Consultation anténatale sur le syndrome de sevrage et imprégnation, permet rencontre parents-pédiatre, prépare le séjour en SDC	Pluridisciplinarité avec staff obstétrico-pédiatrique et staff mps Présence de l'interne de pédopsy Fiche de liaison de périnatalité avec réponses concrètes aux questions du terrain	La présence d'une pédopsychiatre Le staff MPS Une équipe pluridisciplinaire en service présente	Psychologues, Psy/pédopsy in situ = clé de voute (identifié) SF MPS, Lien AS	Présence de l'interne de pédopsy pour faire le lien pour les soins psy Disponibilité des psychologues Présence AS et PASS	Équipe pluridisciplinaire mobilisable Staff MPS SF dédiée MPS, psycho, équipe pédopsy, AS	Interne de pédopsy + psy sur place Articulation entre psycho et psychiatre (dialogue)	Interne de psy (interlocuteur identifié) qui a accès au dossier psy, TTT, suivi Progression quant au repérage	SF dédiée MPS (personne référente, accompagnement continu, fait le lien) Interne pédopsy (interlocuteur privilégié) Travail en réseau (PMI, SFL)	Favoriser le lien mère-enfant (conseils, peau-à-peau) Soutien plus actif pour accompagner les soins et le RAD, cocooner. Soins au bébé (bain, massage, emmaillotage) Nouveau Éléments dans le DPI (staff mps, interlocuteur, cadrage)	Psychologues et interne de psy facilement joignables la semaine Feedback rapide Être prévenue de la venue de patiente avec situation particulière (staff MPS)	Présence de pédopsy in situ (11/12) Pluridisciplinarité (4) Staff MPS (6) Psychologues (4) SF MPS (2) AS (3) Continuité des soins (6) Consultation pédiatrique anténatale, suivi psychiatrique Fiche de liaison Traçabilité, communication Réseau Soutien du lien mère-enfant, attention particulière

Points à améliorer	Formation des soignants à la pathologie psychiatrique pour mieux accompagner, comprendre, évaluer Désigner un référent pour les patientes psy et situations fragiles Plus de temps de pédopsy avec une astreinte pour continuité des soins	Manque d'articulation entre les différentes professionnelles Parfois manque de traçabilité Staff MPS qui ne synthétise pas tous les avis	Manque d'attitude cohérente, un outil de traçabilité, une bonne liaison Articulation psychiatre-psychologue (adressage et expliquer différence) Manque de lien avec la protection de l'enfance, Manque de transparence sur l'issue du signalement Manque de clarté sur l'offre de soin psy/pédopsy	Communication, Transmission D'information Repérage des patientes ayant des Tb psy/familles vulnérables Manque de communication basée sur une observation, ou des faits et non des représentations ou des interprétations Manque d'une vue d'ensemble	Peu de présence des pédiatres au staff, Manque de lien avec la PEC externe (en PP) /devenir des patientes, Peu de lien entre SDC et service consult Peu de travail avec l'ASE	Manque de formation des SF sur la dimension psy -> sur implication personnelle, vécu d'impuissance Pas d'outils adaptés à ces patientes Manque de concertation Écart entre SF équipes et le staff MPS, manque d'explication et de recul sur la situation	Suivi plus rapproché (patientes ne venant pas aux RDV), être plus disponible. Être là quand les patientes viennent Transmissions dans l'équipe dont outil informatique Accueil et écoute du patient Manque de temps	Orientation et PEC de la mère à l'extérieur Difficulté à orienter vers UPE, pas assez de place	Pas d'information sur la suite (après sortie hôpital). Perte de vue	Organisation pensée pour rassurer les équipes et non dans l'intérêt de la patiente (ça peut les desservir) Stigmatisation de ces femmes, Dosage de l'information à transmettre aux équipes Réel manque de connaissance sur pathologies psy Difficulté de garder une « neutralité », un accueil avec parcours de vie compliqué, conjoint incarcéré La patiente peut se sentir fliquée, manquer d'écoute	Gestion de la cigarette (laissent le bébé en nursery) Absence de retour des psys, manque d'élément de contexte Pas de retour à plus long terme après placement Impression de ne pas être écoutée pour décisions alors que présente sur terrain	Manque d'information dans les situations complexes, de transparence dans les décisions prises en amont, pas assez sollicitées pour leur avis sur la situation Écart entre terrain et staff MPS Se réunir plus souvent pour faire des points, pour apprendre de nouvelles choses. Débriefer après placement	Manque de Collaboration (13) Articulation, traçabilité, information, lien, écart terrain-staff, concertation, retour, ped au staff Formation (7) Patho psy, observation, outils, repérage, analyse pratique Travail avec ASE/placement Soins psy (3): lisibilité offre, articulation psycho/psychiatre, orientation Stigmatisation, accueil, écoute (2) Référent Lien avec ext (3)

Situations difficiles	Placement : Coexistence de potentialité dans les compétences parentales et de risque pour l'enfant -> difficile de trancher Patientes inaccessibles (non-coopérante)	Placements par manque d'alternative (foyers) Situations de conjoint violents, psychotique, psychopathe, (peur physiquement)	Patientes agressives, dans un déni de leur pathologie. Peur d'une agression physique ou verbale. Peur d'un passage à l'acte Patientes qui ne mentionnent pas ATCD psy	Ne pas avoir le temps de mettre en place des actions de prévention car situation repérée trop tard. (Le repérage en anténatal permet une PEC adaptée, un accompagnement.) Quand une patiente psy décompense et qu'on a du mal à trouver un psychiatre, ou qu'il n'y a pas de PEC. (Invivable, désorganise le service, vigilance)	Violences conjugales Pétage de câble Manque adhésion patientes,	Pathologie psychiatrique (ne pas savoir comment aborder la patiente, ne pas savoir quoi faire, peur +++) Les placements (« complètement démunie »)	Absence de travail d'équipe pour une situation par manque de communication/absence des prof	Crise de colère, agressivité (autres patientes fragiles, bébés (peur+++)) Placement non préparé	Situations préoccupantes avec refus d'aide de la patiente Consultations avec le conjoint s'il y a des violences conjugales	Situation compliquée sans référent, sans coordination, et avec une responsabilité pour la sortie Parcours de vie compliquée avec impossibilité à établir un lien de confiance. (Démunie) (solution : Proposer intervention indirecte) Placements non préparés pour la mère, absence d'info sur le contexte	Placements (impression de mal faire quand on favorise le lien puis que placement) Bébé secoué à la sortie alors que des inquiétudes avaient été exprimées La violence, l'agitation Difficulté à communiquer avec, à canaliser. (Au bloc)	Séparation mère-enfant, placement (Violence des placements quand équipe non informée, brutalité)	Agitation, violences (dont conjugales), peur (10) Placements (8) Dysfonction équipe (5) : pas de concertation, manque d'écoute, pas de CAT Sentiment d'incompétence Coopération difficile avec patiente (6))
Interlocuteurs	L'équipe pluridisciplinaire Psycho, pédopsy, puer, collègues AS, psy de liaison Difficulté avec l'équipe obstétricale : décalage des visions et des missions. Laborieux de devoir expliquer.	Placement -> entre nous : psychologue, assistante sociale… on se soutient moralement. Violence -> c'est la sécurité Situations complexes -> psycho, AS, interne psy Peu les SF qui connaissent peu les patientes Manque de communication avec la justice	Psychologues, ceux qui sont sur place Violence : gère seule	Psychiatre qui écoute notre difficulté dans la gestion de la patiente et de celle du service.	Psychologues Psychiatre (en urgence, pour thérapeutiques Pédiatres, GO	Psychiatres (pour décompensations)	Équipe MPS	AS, collègue psycho du service de psychiatrie, interne psychiatrie Plus de lien avec ASE, travailler le placement ensemble, dans une continuité	SF dédiée MPS Interne de psy	AS, psycho, pédiatre de garde, cadres Travail collégial : même s'il y a des points de vue différentes, il faut qu'à la fin tout le monde valide Aimerait avoir + souvent l'interne de psy, et le fil rouge, les associations, être en contact avec médecins qui suivent la patiente	Psychologues (pour débriefer si difficulté) Interne psychiatrie (repérée comme personne ressource), mot sur ordi (cadré)	Puer, cadre, psycho, SF. Travail pluridisciplinaire sur ces situations	Soutien auprès des paires Pluridisciplinaire Psychologues Interne de psy Sécurité Difficulté : AS avec l'équipe med Souhaité : Lien avec ASE, justice Psychiatre qui comprend la difficulté dans ce service spécifique

Outils	Évaluation : Guide de Steinhauer Compréhension : articles Communication/organisation : Outils de communication dans l'équipe, de protocole, d'organisation du parcours de soins de l'entrée à la maternité à la sortie Évaluation des pratiques	DPI pour tracer : traitement, suivi, situation, correspondants EPDS : doute utilité si non accompagnée Besoin de formation Biblio, aider à mettre des mots pour observation mère-enfant	DPP : questionnaire ou signes d'alerte et CAT Outil de repérage des risques de DPP ou trouble de la parentalité La fiche de liaison c'est bien Outil annuaire géographique Ateliers, groupes de parole, débriefing des situations difficiles, temps de parole structurés en petit groupe autour de certaines situations : placements +++, deuils périnat	Guide de steinhauer adapté Des outils pour trouver une ligne médiane pour travailler. Elles ont déjà évolué, on voit un changement dans la manière de leur réfléchir. Besoin d'une base commune de vocabulaire, (comment parler d'une patiente en utilisant les bons termes) Outil d'analyse des pratiques en travail	DPI obstétrique (confidentialité – accessibilité) avec observation psychologues et avis psychiatriques (dont fiche liaison) Dossier partagé au niveau du staff MPS	Outil de communication pour transmettre les infos à l'équipe (DPI)	Tracer EPP dans DPI Fiche MPS dans le DPI, actualisable Case : bébé en chambre/nursery dans fiche MPS	(Améliorer utilisation axigate)	Petit questionnaire pour permettre d'orienter vers psycho ou psychiatre Fiche de liaison psyperinat sur chrono CAT pour l'accouchement durée de séjour, appel psycho, observation lien	Com : Feuille avec une CAT simple dans le dossier -> tranquillité -> meilleur soin Com : Mail/téléphone pour échanger Retour de la consult (feedback), mot dans le dossier Un fascicule où on puisse écrire les observations, et savoir ce qui est pertinent de relever, pour les placements	Groupe de parole avec psycho pour situations compliquées (deuil) Numéro appel 24h/24 Signes d'alerte Outil de repérage : signes alerte pour observation lien mère-enfant (comme grille allaitement). Éléments factuels, pas interprétatifs	Guide d'observation du lien (Steinhauer)	Communication, organisation (15) : parcours de soin, fiche liaison avec CAT claire, EPP, fiche MPS actualisatble dans DPI, retour, dossier partagé MPS. Joignable Guide observation lien mère-enfant (6) Outil de repérage (4) DPP, risque, orientation, signes alerte Amélioration des pratiques (5) : formation, analyse des pratiques, ateliers, groupe de parole situation difficile
Structures	Unité mère-enfant à la mater (PEC globale, temps long, étayage +++) Centre mère-enfant spécialisés dans situations complexes Suivis consult/ HDJ, unité d'accueil continu avec pères aussi	Unité spécialisée avec des séjours longs, (unité mère-enfant) mais plus centrée sur la mère. UPE temps-plein Réseau +++ CMP formés à la périnat, travail filmé Foyers d'hébergement	UF dédiée avec quelques lits (flottants) pour faire observation, dépendant de la psychiatrie Plus de place dans les structures d'accueil mère-enfant Unité mère-enfant à temps plein pour situations graves	Espace maman-bébé (accompagnement, vigilance, autonomie)	Petite unité mère-enfant (4 lits, personnel dédié, autonomie, observation du lien, temps plus long) Salle pour faire de la sophro, de l'hypnose, acupuncture SF à TP sur cette patientèle, lien téléphonique, EPP, PNP	Espace dédié avec psychiatre	Quelques lits pour les suites, avec des psychiatres, des pédopsychiatres, psycho, IDE psy… pour favoriser le lien. Temps plus long	Unité hébergement, avec étayage	Groupe de rencontre maman enfant (pour toutes les patientes), parole, rompre isolement	Chambres kangourous, intime, cocoonant Unité d'accompagnement à a parentalité (plus long)	Référente patiente, Un endroit dédié avec psycho et psychiatre Ateliers	Unité mère-enfant (hospitalisation ou foyer spécialisé) pour éviter séparation	Unité mère enfant (10), personnel dédié, lits, psy, long, global, autonomie Plus de soins conjoints UPE temps plein Unité d'hébergement spécialisée

Thématiques de formation	Enfant en danger : maltraitance, la carence éducative, le danger pour l'enfant, négligence Vulnérabilité, majeurs protégés Pathologies psychiatriques	Accompagnement ciblé en cas de grande précarité Attachement Séquelles tardives de la pathologie maternelle sur l'enfant	Placement des enfants, avec la loi, le cadre légal, éléments à recueillir pour signalement, Dépistage DPP Dépistage tb psy/patientes à risque tb lien	Formation à l'observation du lien mère-enfant, et pour la formaliser par écrit. Pathologies psychiatriques et périnatalité. Traitements	Psychiatrie/psychologie. Comment aborder ces patientes-là ? Gestion violences, agitation Présenter travail psy adulte/pédopsy, (spécificités, recoupement)	Pathologies psychiatriques et attitudes à adopter (jeux de rôle) Placements : pourquoi, aspects légaux Fonctionnement de l'ASE	Perturbations du lien mère-enfant selon les pathologies Parentalité et psychopathologie	DPP Psychose puerpérale Dépistage troubles de la relation	Dépistage DPP Repérage signes alerte	Améliorer ma communication, dans la façon d'aborder la patiente Dépistage, pour les parcours de vie Psychiatrie, repérage, FDR	DPP (signes d'alerte) Placement : annonce, accompagnement de la mère.	Des points théoriques, pour si on y est confronté, savoir comment mieux s'orienter, comment mieux appréhender certains parents, certaines situations.	Psychiatrie (13) : généralités, dépistage DPP, repérage, présenter le travail du psy/pédopsy, comment accompagner Trouble du lien observation du lien (6) attachement, psychopatho Enfance en danger, placement, accompagner parents (6) Parcours de vie difficile,, précarité, retard mental Gestion violence
Remarques		Placement : décision d'équipe mais décision médicale	Addictions +++	Sur le terrain les lignes ont bougé, il n'y a plus de crise, et le personnel a plus de recul		Recruter la personne qui peut être motrice pour faire bouger les choses Impact situations marquantes Travailler CAT agitation Identification à la mère	Les situations difficiles c'est toute l'équipe qui gère, pas une seule personne Travail à faire en amont, pour éviter escalade	Situations graves : rares mais chronophage, pour contenir		Ne voit pas la fiche de liaison dans chrono, ne connait pas Audrey Aimerait retour des situations avec placement pour évaluer pratiques. Manque Addicto Retour patientes Consult plus longues Cadre plus flexible pour celles qui n'arrivent pas à tenir les RDV Travail en réseau (consult de ped en anténatal puis SDC)	Pas d'idée de ce qui se fait à la PMI Frontière hôpital ville	Investissement personnel, identification à la mère	

ASSISTANCE PUBLIQUE – HOPITAUX DE MARSEILLE

APHM CONCEPTION FEMMES PARENTS ENFANTS	Code: PRT-001721 Ancienne codification:

Parcours de soin pour une IMG psychosociale pour péril maternel

Date d'application : 15/01/2021 **Version** : 01	**Rédigé par** : GT IMG Psychosociale **Validé par** : Pr Bretelle Pr Agostini **Vérifié par** : Bureau de gestion documentaire Conception **Approuvée par** : Pr Bretelle Pr Agostini

I. OBJET DU PROTOCOLE

Le présent protocole a pour objet de définir le parcours de soin pour une IMG psychosociale pour péril maternel.

II. DOMAINE D'APPLICATION

Ce protocole est destiné à l'ensemble des professionnels de la maternité :

- Gynécologues-obstétriciens
- Sages-femmes
- Psychiatre et pédopsychiatres
- Psychologue
- Assistante sociale

III. GLOSSAIRE

Sans objet

IV. DOCUMENTS DE REFERENCE

IMG psychosociale – Position du CNGOF 11/10/19 http://www.cngof.fr/actualites/677-img-psycho-sociale-position-du-cngof
Loi de Bioéthique 2020 n° 686 (2019-2020)
L'IMG pour péril psychiatrique : approche théorique et clinique – Lucie Versnaeyen-Collin – 2013 (thèse)

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

Les interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme. Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009 d'un point de vue médical et éthique. Branger et al, 2018

V. CONTENU DU PROTOCOLE

Toute demande d'interruption de grossesse doit être examinée et accompagnée, quel que soit le terme, et sans présumer de l'issue.
La conformité du parcours doit être tracée dans la checklist en annexe 2.

1. Demande d'interruption de la grossesse par la patiente

La patiente peut formuler sa demande à différents intervenants = CGS, adressage médical (urgences gynéco, GO, MT, SF), adressage social (AS, éducateur, foyer, association), IDE scolaire, planning familial …
Il convient d'évaluer la datation par échographie si celle-ci est inconnue (écho HDJ ou CGS).
La patiente est ensuite adressée dans le service de consultation GRE – HDJ à l'un des PH référents (FB, BG, HH ou MC) par la personne ayant eu connaissance de la demande (GO, psychologue, assistante sociale, urgences gynéco, …) pour **délivrance de l'information initiale sur les possibilités et modalités de prise en charge** dans un délai rapide, en début de matinée préférentiellement.
Cette première consultation sera une consultation conjointe PH obstétrique et SF de l'HDJ. Cette consultation est tracée dans AXIGATE avec ouverture du DPI obstétrique. Le recueil de la demande écrite de la patiente, la traçabilité de l'information délivrée et les éléments transmis par l'adresseur seront scannés dans CHRONO DPI Obst.

Pour les mineures : la procédure est identique aux IVG : un accompagnant adulte présent pour les démarches, l'intervention et le RAD. En l'absence d'une autorisation de soins signée par un des parents, il faut demander cette autorisation au procureur de la république par l'intermédiaire du directeur de site.

2. Evaluation du péril psychosocial

- Consultation psychologue de la maternité (E.Libert ou S. Psalti)
- Entretien social (H. Benmouis ou M. Lebris)
- Consultation de psychiatrie ou pédopsychiatrie par senior.

Ces consultations seront coordonnées par le PH d'obstétrique référent. Elles sont tracées dans AXIGATE (Dossier social, Dossier Psycho « Evènement complémentaire » et Avis spécialisé pour la CS psychiatrie).
Il est important que l'évaluation du péril soit disponible dans AXIGATE pour le reste de l'équipe obstétricale.

3. Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) : discussion et avis

A partir de 14 SA, dans le cadre de l'IMG pour motif maternel, la loi prévoit que la détresse (= péril) maternelle soit évaluée par une équipe pluridisciplinaire :

- 1 GO membre du CPDPN,
- 1 autre GO ou médecin ou sage-femme choisi par la femme,

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

- 1 médecin spécialiste de l'affection. En l'absence de spécialiste en pathologie psychosociale et dans le but d'évaluer 1/s'il existe un contexte psychiatrique et 2/ les conséquences psychologiques en fonction du devenir de la grossesse, nous proposons le choix d'un psychiatre ou pédopsychiatre
- 1 psychologue ou Assistante Sociale (de préférence psychologue **+** Assistante Sociale)

Légalement, une IMG maternelle peut être réalisée quel que soit le terme. Toutefois, la décision devra tenir compte de la viabilité fœtale. Une analyse au cas par cas sera réalisée au cours de la RCP.

Cette réunion de concertation pluri professionnelle (RCP) aura lieu le **jeudi de 8H30 à 9H sauf urgence**. Elle doit réunir les 4 professionnels requis pour évaluer le péril maternel de cette patiente. Une sage-femme coordinatrice, une sage-femme de l'équipe soignante ainsi qu'un ARE sont invitées aux discussions.

En cas d'avis favorable, la Commission établie **une attestation de particulière gravité qui sera signée par deux médecins dont un appartenant au CPDPN**. Cette attestation sera scannée par la SF Coordinatrice dans les chronos d'AXIGATE avant l'admission de la patiente en hospitalisation.
La RCP sera tracée dans ViewPoint quel que soit la décision : motif de présentation= demande pour motif maternel, résumé de la situation, demande de la patiente, décision de la commission par le GO référent. Le compte-rendu de la RCP doit être disponible dans les Chronos d'AXIGATE.
Il faut également informer le CDPN de toute demande quelle que soit l'issue (mail au secrétariat : Carole Varsi) par la SF Coordinatrice.
A l'issue de la RCP, une consultation obstétricale (par un GO senior) est organisée dans le service des consultations GRE – HDJ afin de transmettre les résultats de la concertation à la patiente et poursuivre la prise en charge.

4. Poursuite de la prise en charge de la patiente

Trois cas de figure :

4.1 IMG avec péril maternel acceptée par la RCP

1- **Une consultation d'obstétrique** pour informer la patiente sur les modalités de la PEC, le devenir du corps et la programmation est réalisée.
Le GO senior informe la patiente des possibilités :

- de voir le corps,
- de récupérer le corps,
- de procéder à des obsèques,
- de déclarer la naissance à partir du certificat médical d'accouchement,
- de demander la prise de photo et empreintes par l'équipe (photos conservées dans le dossier)

Dans ce contexte, l'autopsie n'est pas indiquée.
L'ARE est informé par le GO de l'IMG à venir.
L'IMG est programmée rapidement selon les modalités habituelles :

- Programmation de la CS Anesthésie : par secrétaire médicale
- Programmation du bloc sur AXIGATE (planning opératoire / case « IMG ») : par le GO ou SF Coordinatrice
- Programmation du séjour d'hospitalisation en GRE : par SF Coordinatrice
- Préadmission (édition des étiquettes) : au bureau des entrées

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

- Prescriptions anticipées (Mifégyne/ Misoprostol) : par le GO
- Prescription Bilan sanguin (APD / GRH AIR à l'EFS / sérologies) : par le GO

Une grande vigilance est requise sur le contrôle de l'identité de la patiente.

2- **L'hospitalisation** de la patiente en GRE est organisée selon modalités habituelles par la SF Coordinatrice du service GRE

3- **La sortie doit être encadrée** = contraception, consultation PMI, programmation consultations obstétricales de suivi par un GO au niveau du service de consultation (à +/-8 semaines et à +/-1 an) avec rappel téléphonique par le GO en cas de non présentation de la patiente, rappel téléphonique systématique par la psychologue entre J7 et J15 de la sortie, proposition consultation psychologue et sociale

Ce suivi doit être tracé dans AXIGATE.
Les modèles de demande maternelle d'interruption et d'attestations de particulière gravité pour motif maternel sont disponibles dans le serveur S - CONCGYNEPOLEOBST – DPN – Consentements (Annexes 3 et 4)

4.2 Pas de péril = accompagnement, alternative, adressage

4.3 Changement d'avis de la patiente = suivi classique avec attention particulière pour prévention des troubles psychiques maternels et du lien mère-enfant.

La poursuite de prise en charge de la patiente est tracée dans Axigate
- AXIGATE DPI Obs
- AXIGATE DPI OBS Dossier Psycho/« Evènement complémentaire »
- AXIGATE Dossier Social

ATTENTION ! = Si viol : demander si dépôt de plainte, prélèvement ADN fœtal pour enquête

VI. GESTION DU DOCUMENT

Diffusion du document :

Ce document a fait l'objet :
☒ D'une diffusion générale
❑ D'une diffusion contrôlée

Classement du document :
L'exemplaire original du document est conservé sur le logiciel de gestion documentaire NORMEA®.

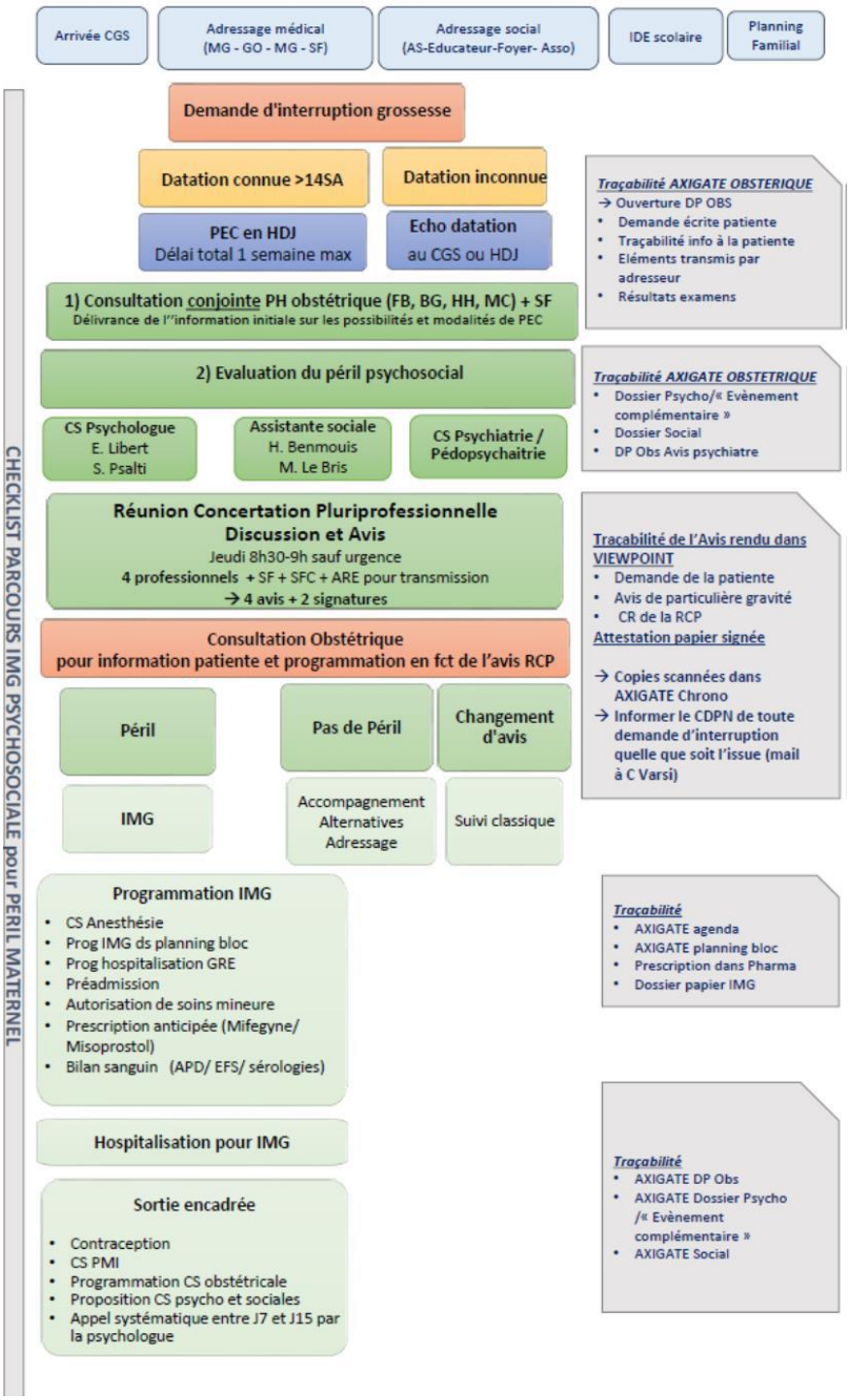
VII. HISTORIQUE DU PROTOCOLE

Identification	HISTORIQUE des modifications apportées
PRT-001721	Intégration dans Norméa

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

ANNEXE 1

Parcours de soins IMG psychosociale pour péril maternel



REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

ANNEXE 2

CHECK-LIST IMG PSYCHOSOCIALE POUR PERIL MATERNEL - CONCEPTION

	DATE	Qui ?	Commentaires
1er contact / demande			
1ere écho datation			
Evaluation du péril psychosocial			
Cs Psychologue	Date :		
CS Psychiatre / pédopsychiatre	Date :		
CS Assistante sociale	Date :		
RCP IMG psychosociale			
Avis donné par le staff *(tracé ds ViewPoint)*	Date de la RCP :	☐ Acceptation ☐ Refus	
Certificat signé mis ds le dossier avant hospit	Date :		
Information du CPDN (Envoi mail à CVarsi)	Date :		
Info de la patiente sur parcours à venir (CS GO)	Date :		
CS conjointe GO Senior + SF	Date :		
☐ Délivrance informations sur possibilités de PEC, devenir du corps et programmation.			
Programmation hospitalisation			
☐ Prog CS anesthesie ☐ Prog du bloc sur Axigate ☐ Préadmission ☐ Prescription bilan sanguin (APD/EFS/serologie) ☐ Prescription anticipée	Date entrée hospitalisation :	Date IMG :	
Organisation sortie			
Date sortie prévue :			
☐ Contraception	Type contraception :		
☐ CS PMI	Date :		
☐ CS obstétricale post-IMG	Date :		
☐ CS psychologue	Date :		
☐ Appel tel psychologue entre J7/J15	Date :		
☐ CS AS	Date :		

ANNEXE 3

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIMONE ENFANTS
CENTRE PLURIDISCIPLINAIRE DE DIAGNOSTIC PRENATAL-GENETIQUE MEDICALE-OBSTETRIQUE-ECHOGRAPHIE

Demande maternelle d'IMG d'indication maternelle

(hors contexte d'urgence médicale)

Je, soussignée Madame .....,

Née le ....

Atteste :

- demander l'interruption de ma grossesse au motif que la poursuite de celle-ci met en péril grave ma santé.

- avoir été informée des risques et complications possibles liés aux différentes procédures médicales.

- qu'il m'a été proposé un délai de réflexion d'au moins une semaine que je suis libre d'accepter ou non. J'informerai de mon choix l'équipe médicale.

A ..... le .....20..

Signature de la patiente :

Si souhaitée : Co-signature du conjoint
NON OBLIGATOIRE selon la loi.

Demande recueillie par :..... (Fonction, lieu d'exercice)

Dr.....qualifié en.....

Signature médecin :

Exemplaire à transmettre au CPDPN, conservé en numérique (ou en papier) dans le dossier patient et copie à la patiente

Version janvier 2017 *Arrêté 14.01.2014* *art R2131-18 et L2213-1CSP*

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

ANNEXE 4

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE TIMONE ENFANTS

Attestation de gravité en vue d'une interruption médicale de grossesse
pour pathologie maternelle

L'équipe pluridisciplinaire ci-dessous constituée

- Docteur ..... gynécologue-obstétricien ou praticien choisi par Madame .....
- Docteur ..... Spécialité : ..... (praticien spécialiste de l'affection maternelle).
  Ces 2 praticiens doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

- Docteur..... gynécologue-obstétricien du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal du CHU de .....
- Mme ou Mr... .....psychologue et/ ou travailleur social (entourer la qualité) à .....(lieu d'exercice)

s'est concertée et a rendu son avis consultatif le ..... 20....
attestant que la poursuite de sa grossesse met en péril grave la santé de Madame
..... .

Nous, soussignés

Docteur ..... qualifié en ..... exerçant à .....

Docteur .....qualifié en ..... exerçant à .....

- après concertation de l'équipe pluridisciplinaire ci-dessus et après examens médicaux de Madame .....
- après avoir reçu la demande d'interruption de sa grossesse au terme de ..... SA, au motif que la poursuite de cette grossesse met en péril grave sa santé
- après avoir proposé un temps de réflexion d'au moins une semaine (hors urgence)
- et selon les articles Art. L. 2213-1, L. 2213- 2 et L. 2213-3 du code de santé publique

attestons que l'interruption de grossesse de Mme ..... pour motif médical maternel peut être pratiquée.

Fait à ..... le .....

Docteur : Docteur :

Exemplaire original conservé en numérique (ou en papier) dans le dossier patient et copie remises à la patiente
Version 2015 *Arrêté 14.01.2014* *art R2131-18 et L2213-1CSP*

REPRODUCTION INTERDITE SANS AUTORISATION

Annexe 9 : Auto-questionnaire EPDS

QUESTIONNAIRE EPDS D'EVALUATION D'UN ETAT DEPRESSIF « EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE »

NOM : PRENOM : DATE :

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :
Je me suis sentie heureuse :
-oui tout le temps
-oui la plupart du temps
-non pas très souvent
-non pas du tout
Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions. PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-**J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**
-Aussi souvent que d'habitude
-Pas tout à fait autant
-Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
-Absolument pas

2-**Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir**
-Autant que d'habitude
-Plutôt moins que d'habitude
-Vraiment moins que d'habitude
-Pratiquement pas

3-**Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal**
-Non, pas du tout
-Presque jamais
-Oui, parfois
-Oui, très souvent

4-**Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**
-Non, pas du tout
-Presque jamais
-Oui, parfois
-Oui, très souvent

5-**Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison**
-Oui, vraiment souvent
-Oui, parfois
-Non, pas très souvent
-Non, pas du tout

6-**J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements**
-Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
-Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
-Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
-Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7-**Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**
-Oui, la plupart du temps
-Oui, parfois
-Pas très souvent
-Non, pas du tout

8-**Je me suis sentie triste ou peu heureuse**
-Oui, la plupart du temps
-Oui, très souvent
-Pas très souvent
-Non, pas du tout

9-**Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**
-Oui, la plupart du temps
-Oui, très souvent
-Seulement de temps en temps
-Non, jamais

10-**Il m'est arrivé de penser à me faire mal**
-**Oui, très souvent**
-Parfois
-Presque jamais
-Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.
Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

L'étude de Nicole Guedeney définit (41) le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Annexe 10 : Guide de Steinhauer

Ce guide a été conçu et est utilisé au Québec, pour aider les intervenants à estimer de manière rigoureuse les capacités parentales (57). Il aide à structurer l'analyse clinique en examinant les principales dimensions à considérer dans l'évaluation des capacités parentales.
Il aide à identifier les forces et les faiblesses dans neuf dimensions :

1. Le contexte socio-familial
2. La santé et le développement de l'enfant
3. L'attachement
4. Les compétences parentales
5. Le contrôle des impulsions
6. La reconnaissance de la responsabilité
7. Les facteurs personnels affectant les capacités parentales
8. Le réseau social
9. L'histoire des services cliniques

Pour chaque dimension on estime si elle constitue une préoccupation ou une force, majeure ou mineure, ce qui permet de dessiner un **profil des capacités parentales**. Ensuite on évalue le **potentiel de changement** de la famille : il s'agit de déterminer si la famille sera en mesure de changer suffisamment pour permettre à l'enfant de se développer normalement et si elle est en mesure de le faire dans un délai assez rapide pour éviter l'apparition de séquelles chez l'enfant. Personne ne peut répondre à cette question avec certitude parce que personne ne peut prédire l'avenir, donc on conclut en formulant une **hypothèse pronostique**. La combinaison du profil des capacités parentales et l'hypothèse pronostique soutient la prise de décision. La rigueur de ce processus vise à améliorer la qualité des décisions relatives à l'orientation et à garantir une équité entre les enfants (57).

Une version complète française est disponible en ligne (58).

Annexe 11: Information Prénatale Préoccupante

L'information préoccupante prénatale (IPPrénat) a été développée dans le département de la Vienne afin de répondre à un vide juridique concernant la question de la protection d'un enfant-à-naitre (56). En effet, les mesures de protection de l'enfance ne concernent que les enfants qui ont un statut juridique, c'est à dire nés, et non pas le fœtus qui est considéré comme une partie du corps de la mère dans le droit français.

L'IPPrénat a pour objectif d'évaluer le danger auquel un bébé pourra être confronté dès sa naissance, ainsi que les compétences et les limites des futurs parents et leur adhésion réelle aux soutiens proposés afin d'envisager les solutions adaptées aux besoins.

L'IPPrénat a été élaborée grâce à la méthode Alföldi, qui se déroule en 3 temps : une évaluation diagnostique de la situation, une évaluation de l'implication (du ressenti émotionnel des évaluateurs) et enfin une évaluation prospective (pour trouver solutions adaptées)

Le modèle d'évaluation s'appuie sur 8 critères (à plusieurs variables) :

1. Etat psychique de la future mère envers la grossesse (prise en compte médicale de la grossesse, santé psychique, place de l'enfant à naitre, conditions matérielles d'accueil)
2. Etat psychique du futur père envers la grossesse (accompagnement dans le suivi médical de la grossesse, santé psychique, place de l'enfant à naitre, conditions matérielles d'accueil)
3. Relation du couple et fonction parentale (impact des relations conjugales sur la parentalité, statut de l'enfant au regard de sa filiation, fonctions parentales sur les aînés)
4. Environnement familial, social et matériel (conditions de vie, entourage)
5. Collaboration des futurs parents (attitude envers les intervenants, engagement dans l'accompagnement, reconnaissance des problèmes)
6. Implication de l'intervenant (engagement affectif, capacité de penser la situation, sentiment de compétence)

<u>Critères complémentaires</u>

1. Outil d'estimation des capacités (émotionnelles, matérielles, éducatives, responsabilité) -> capacités majeures ou partielles
2. Critère optionnel sur l'état de santé de l'enfant à naître (optionnel)

Pour les 4 premiers critères (et le critère optionnel santé), on détermine le niveau de gravité

- Niveau 1 : risque de gravité nulle ou modérée
- Niveau 2 : risque de gravité significative
- Niveau 3 : risque de gravité destructive / atteinte sévère directe sur le fœtus (destructrice)

ainsi que le niveau des capacités (majeures, partielles) grâce à l'outil d'estimation des capacités

On procède ensuite à une analyse diagnostique où il s'agit de répondre à la question d'évaluation (en plus de celle de l'ampleur du danger encouru par l'enfant à naître), en recueillant des faits objectifs et en mettant en balance les éléments de danger et les ressources. On tient également compte de la collaboration des parents (active, ambivalente mais favorable, ambivalente et défavorable) et l'implication des professionnels (implication non problématique, problème d'implication, trouble d'implication) afin de tirer une conclusion sur le risque et de proposer des perspectives d'action.

La méthode est décrite et évaluée dans un article cosigné par Dr Chauvet, gynécologue-obstétricienne, S. Carré, Juge des Enfants à Poitiers, et F. Alföldi, consultant en méthodologie (56).

ABREVIATIONS

La quasi-exclusivité des personnes mentionnées dans cette thèse sont des femmes, que ce soit les patient.es ou les professionnel.les. Utiliser le masculin neutre ou pluriel, habituel en français, ne m'a pas semblé représenter au mieux les personnes mentionnées. J'ai donc fait le choix d'utiliser l'écriture inclusive.

AEMO : Assistance éducative en milieu ouvert

AP : Accueil provisoire

AP-HM : Assistance publique Hôpitaux de Marseille

AS : Assistante Sociale

ASE : Aide sociale à l'enfance

ATCD : Antécédent

CAT : Conduite à tenir

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDPDN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal

CHU : centre hospitalo-universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, dixième version

CMP : Centre Médico-Psychologique

CRIP : Cellule de recueil des informations préoccupantes

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

DH : Didier Houzel

EPP : Entretien prénatal précoce

GRE : service des grossesses à risque élevé

HDJ : Hôpital De Jour

IDE : Infirmier Diplômé d'État

IMG : interruption médicale de grossesse

IP : Information préoccupante

IVG : interruption volontaire de grossesse

MAP : menace d'accouchement prématuré

MDS : Maison des solidarités

MFIU : mort fœtale in-utero

MPS : médico-psycho-social

PEC : Prise en charge

PMI : Protection maternelle et infantile

PNP : Préparation à la naissance et la parentalité

RAD : Retour à domicile

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SDC : (service des) suites de couches

SF : Sage-femme

VAD : Visite à Domicile

TS : Tentative de Suicide

UPE : Unité Parent-Enfant

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.