



HAL
open science

Les enjeux de la liaison en périnatalité entre Maternité et Protection Maternelle et Infantile : étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de prévention médico-psycho-sociale

Lara Akkari

► To cite this version:

Lara Akkari. Les enjeux de la liaison en périnatalité entre Maternité et Protection Maternelle et Infantile : étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de prévention médico-psycho-sociale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03251408

HAL Id: dumas-03251408

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03251408v1>

Submitted on 7 Jun 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

**Les enjeux de la liaison en périnatalité
entre Maternité et Protection Maternelle et Infantile :
Etude épidémiologique descriptive d'un dispositif de prévention
médico-psycho-sociale.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1^{er} Avril 2021

Par Madame Lara AKKARI

Née le 30 novembre 1991 à Machecoul-Saint-Même (44)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence	Président
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCA) BARGIER Jacques	Assesseur
Madame le Docteur HAMDAOUI Naïma	Directeur
Madame le Docteur POUTOT Edwige	Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Les enjeux de la liaison en périnatalité
entre Maternité et Protection Maternelle et Infantile :
Etude épidémiologique descriptive d'un dispositif de prévention
médico-psycho-sociale.**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 1^{er} Avril 2021

Par Madame Lara AKKARI

Née le 30 novembre 1991 à Machecoul-Saint-Même (44)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BRETTELLE Florence	Président
Madame le Docteur (MCU-PH) LAGOUANELLE-SIMEONI Marie-Claude	Assesseur
Monsieur le Docteur (MCA) BARGIER Jacques	Assesseur
Madame le Docteur HAMDAOUI Naïma	Directeur
Madame le Docteur POUTOT Edwige	Assesseur



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



ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} 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	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUBE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		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
VIALETES 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	VIALETTE 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
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (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	CHOSSEGROS Cyrille	GUIEU Régis
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	<i>GUYYS Jean-Michel Surnombre</i>
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry	JOUVE Jean-Luc KAPLANSKI Gilles
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTHET Marc	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard LAUNAY Franck
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe	LAVIEILLE Jean-Pierre
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence	LE CORROLLER Thomas
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BERBIS Julie	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier	MACE Loïc MAGNAN Pierre-Edouard
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BOYER Laurent	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUE Thierry	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy MOUTARDIER Vincent
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick	NAUDIN Jean
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLLAS Richard NGUYEN Karine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch	OLIVE Daniel
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	OLLIVIER Matthieu
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	OUAFIK L'Houcine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	PADOVANI Laetitia
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte	
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe	
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric	

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	TURRINI Olivier
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine	VALERO René
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	VAROQUAUX Arthur Damien
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	VELLY Lionel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	VEY Norbert
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VIDAL Vincent
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VIENS Patrice
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VILLANI Patrick
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VITON Jean-Michel
PHAM Thao	SCAVARDA Didier	VITTON Véronique
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric	VIVIER Eric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor	XERRI Luc
POINSO François	SIMON Nicolas	
RACCAH Denis	STEIN Andréas	
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal	
REGIS Jean	THUNY Franck	
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick	
RICHERI Raphaëlle	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-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
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)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (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)

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)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (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)

CANCEROLOGIE : RADIOTHERAPIE 4702

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)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-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 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)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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 PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)
 BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (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)

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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (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)

GENETIQUE 4704

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

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)

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)

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/MITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

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)

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 ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-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)

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 25/09/2020 (MOAL Valérie (PU-PH)

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 1/11/2020)

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)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (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)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401**PHYSIOLOGIE 4402**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

*PANUEL Michel (PU-PH) surnombre***THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804**

PETIT Philippe (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

REMERCIEMENTS :

A Madame le Professeur Florence BRETTELLE :

Vous m'avez fait l'honneur de présider ce jury, d'avoir porté de l'intérêt à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Madame Le Docteur Marie-Claude LAGOUANELLE/SIMEONI :

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Jacques BARGIER :

Pour m'avoir accompagnée en tant que tuteur pendant mon internat de médecine générale et pour me faire l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Naïma HAMD AOUI :

Pour avoir accepté de diriger ce travail et pour m'avoir fait confiance, Merci. Ainsi que pour ta disponibilité et ta gentillesse pendant toute la durée de cette thèse. Merci aussi d'avoir respecté mon rythme de travail avec beaucoup de bienveillance.

A Madame le Docteur Edwige POUTOT :

Pour être une de ces personnes qui restera pour moi une médecin modèle, bienveillante et consciencieuse, tu as participé fortement à la création de mon identité dans ma future profession. Aussi pour me faire l'honneur d'avoir accepté d'être membre du jury, ce que je sais être une nouvelle expérience pour toi, je te prie de trouver ici l'expression de toute mon amitié et de mes sincères remerciements.

A Madame la Sage-femme Chrystelle CIAVARELLA :

Merci de l'intérêt tout particulier que tu as porté à mon travail, de l'avoir suivi en détail et de m'avoir soutenue tout du long.

A Madame Brimbelle ROTH :

Merci pour ton aide inestimable, notamment en informatique et statistique. Merci également pour nos échanges, ta compréhension et ton soutien.

A l'équipe du Château en Santé :

Merci à tou.te.s de m'avoir accueillie dans ce lieu magnifique et de m'avoir fait découvrir la santé communautaire ! Un voyage collectif porteur, j'espère vraiment que des projets de ce type vont éclore de partout ! Merci de m'avoir guidée dans la voie du médecin que j'aspire à être. Je veux vous témoigner ici toute mon affection et ma reconnaissance. J'espère faire encore un petit bout de route avec vous.

A Marion Astier : Ta positivité et tes encouragements ont été si bienvenus sur ces derniers mois, je te remercie infiniment. Et je remercie toute l'équipe HAS avec qui on a passé quelques mois intenses sur ce beau projet d'hébergement d'urgence.

A mes parents :

Parce que sans vous je ne serais pas comme je suis aujourd'hui, vous avez toujours accepté mes envies et mes goûts instrumentaux ! Puis vous m'avez accompagnée mentalement et financièrement dans les longues et difficiles années des études de médecine. Merci. **A ma mère**, spécifiquement, merci pour la relecture et correction orthographique de ce travail, ce qui n'est pas toujours une mince affaire avec moi. **A mon père**, même si nos avis divergent parfois, merci de me faire confiance et d'avoir toujours une réponse à mes questions.

A Gianluca :

D'abord tu es venu à Marseille, puis tu es revenu. Tu as ensuite découvert en même temps que moi, Digne-les-Bains, Arles et d'autres lieux encore... Tu étais même prêt à partir à la Réunion ! Et tu m'as soutenue pendant ces trois années d'internat, pas toujours simples ! Tu reconnais mes doutes et mes fatigues quand bien même je veux les cacher et tu sais toujours les apaiser. Ensemble on fait 10 000 projets sur la comète, certains fonctionnent, d'autres pas, mais on en a toujours en réserve. Pour tout ça et bien plus encore, merci mon Amour.

A ma famille : à mon frère Samy, même si tu te moques des « thèses de médecine », merci pour ton soutien durant les années passées, mais surtout, avec **Charlotte**, merci à vous deux pour nous avoir fait rencontrer les plus beaux enfants que je connaisse, **Jules et Lou**. **A ma sœur, Anna**, partie en Espagne pour faire ton bout de vie, pleine de courage, de force et pourtant habitée de mille doutes, Merci d'être la sœur que tu es, et merci de nous avoir accueillis et fait découvrir Valencia, superbe ville !

A mes grands-parents, je sais combien vous auriez aimé être là, les temps sont compliqués mais ce n'est que partie remise. On fêtera ça à Perpignan aussi ! Merci pour vos encouragements et votre amour !! **A mon parrain Gilles et à Florence**, merci pour vos grillades et bouteilles de vins qui accompagnent nos discussions, ce sont toujours de bons moments, et surtout merci pour votre présence et de votre bienveillance !! **A Joël et Vincent, Christophe et Jeanine**, et les **petits cousins** (plus si petits), merci de continuer à me faire rire quand on se retrouve !!

A la famille Akkari, oncles, tantes, cousins, cousines, très investis dans le monde de la médecine, difficile d'être anonyme, surtout à Montpellier ! Ce qui est un honneur mais tous ne font pas médecine, heureusement aussi ! Merci d'être une famille si belle et si soudée, toujours là quand on a besoin. **A Samia et Pierre-Alain**, que je vois souvent à Marseille, merci pour ces accueils inconditionnels, ces bons repas ensemble mais aussi votre humour sarcastique auquel je n'échappe pas. Bientôt une famille qui va s'agrandir, et même doubler, j'ai hâte ! **A Sarah**, ma cousine et amie que j'adore, avec qui on peut parler pendant des heures, passant du coq à l'âne, sans se lasser, et aussi pour ton manque d'organisation qui me fait toujours beaucoup rire (jaune parfois). Merci d'être dans ma vie, même depuis Mayotte.

A Lucie et Matis : vous qui avez bien suivi mes questionnements et mon parcours, qu'est-ce qu'on a pu refaire le monde du travail ensemble. Merci pour tout ça et surtout pour la musique, sans laquelle je n'aurais pas tenue ! J'ai hâte de venir rencontrer **Rose**.

A mes amis montpellierains : Pour ces belles années de fac qu'on a passées ensemble, on s'est bien marrés ! **Isa**, merci pour la colocation muy loca, personne d'autre que toi n'aurait pu si bien me supporter. Et bientôt, un beau mariage en perspective avec **JM**, merci à tous les deux ! **Hugues**, pour être une des personnes les plus imprévisibles que je connaisse, merci, **Marie** bon courage !! **Alex et Lou**, des défis en surf et ski on s'en refera très vite ! Siempres màs ! **Marine, Thibaut** pour être les

parents qui me vendent le plus de rêves et ce petit **César** pour suivre déjà l'exemple de sa mère ! Un futur féministe en herbe ! **Lucie et Joris**, j'aime votre bonne humeur, elle est pleine de force et elle se reflète déjà dans les sourires qu'**Elisabeth** me fait ! **Dimitri et Apolline avec vos deux louloutes Hortense et Capucine**, merci d'être toujours là avec nous malgré la distance.

A mes amis marseillais :

Fannie, Dorothée et Joanna, pour cette expérience Montoliveresque que nous avons vécue, traversée de la période « UNITE COVID », ça n'aura pas toujours été simple mais on s'en est bien sorties, on a surtout beaucoup rigolé, c'est le plus important !! Merci à vous trois pour ces sept mois ensemble et pour la suite encore.

Rémy : super co-interne, reparti à Besançon mais avec qui on a fait un petit bout de route très chouette ! Vive **Luisa** et la Focaccia !

Clément et Domi : Vous aussi qui avez suivi mes pérégrinations, merci et heureusement qu'on a la musique !

Fouzi et Andrea : Merci d'être les personnes le plus folles de Marseille.

Au groupe « Les italiens à Marseille », que j'affectionne tant, merci pour ce partage de musique populaire et de culture italienne qui me fait chaud au cœur, et pour ces débats féministes ou ces jeux de société enflammés ! L'aventure ne fait que commencer ensemble ! (N'oubliez pas qu'un jour j'écrirai un livre d'ethnologie sur les habitudes des gens du sud de l'Italie) ...

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	2
1.1.	Périnatalité et Prévention	2
1.1.1.	Les enjeux de la périnatalité.....	2
1.1.2.	La prévention en périnatalité	11
1.2.	Etat des lieux de santé, statistiques, données socio-démographiques dans les bouches du Rhône :	14
1.2.1.	Données socio-démographiques.....	14
1.2.2.	Nombre de naissances par maternités marseillaises :	20
1.2.3.	Ressources de soins marseillais :	20
1.3.	Nature de la liaison maternité/PMI :	22
1.3.1.	Histoire de la fiche de liaison	22
1.3.2.	Description du dispositif des liaisons selon les hôpitaux et de l'outil : la fiche de liaison	22
II.	MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	24
2.1.	Type d'étude, population et critères d'inclusion, recueil de données.....	24
2.2.	Description des deux fiches de liaison avec détail des différences (annexes 6 et 7)	25
2.3.	Création d'un tableau de synthèse des critères de vulnérabilité en périnatalité	26
III.	RÉSULTATS	27
3.1.	Origine des liaisons.....	27
3.2.	Temporalité de la liaison	28
3.3.	Critères de vulnérabilité et motifs de recours à la liaison	28
3.4.	Information des familles	30
3.5.	Caractéristiques renseignées sur la population	31
3.6.	Exhaustivité du remplissage des fiches de liaisons	32
IV.	DISCUSSION	33
4.1.	Résultats principaux et interprétations :	33
4.1.1.	Des familles plus vulnérables	33
4.1.2.	... Et qui accumulent des critères de vulnérabilités	34
4.1.3.	Une hétérogénéité des pratiques selon les maternités	35
4.1.4.	Un outil correctement utilisé ?.....	36
4.2.	Forces et faiblesses de l'étude	37
4.3.	Hypothèses d'optimisation	37
V.	CONCLUSION :	38
VI.	BIBLIOGRAPHIE :	39
VII.	ANNEXES	42
VIII.	ABRÉVIATIONS :	56
IX.	SERMENT D'HIPPOCRATE	57
X.	RÉSUMÉ.....	59

I. INTRODUCTION

Ce travail a pour but d'analyser la pratique d'un outil de prévention médico-psycho-social en périnatalité, employé par les maternités marseillaises et la PMI. Pour comprendre son utilité, dans un premier temps nous avons cherché à mettre en évidence les enjeux en périnatalité avec l'influence du social sur le biologique, notamment pendant la période des mille jours et les inégalités sociales de santé en période périnatale. Puis nous ferons un rappel sur des dispositifs de prévention existants. Dans un deuxième temps nous ciblons les besoins de la ville de Marseille et dans un troisième temps nous décrivons la fiche de liaison maternité/PM, objet de cette étude. La suite de ce travail porte sur la présentation de la méthodologie de l'étude, des résultats et une discussion sur ces-derniers.

1.1. Périnatalité et Prévention

1.1.1. Les enjeux de la périnatalité

La période périnatale a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance.

Actuellement, le terme « périnatalité » couvre une période bien plus large et concerne tous les événements survenant dès la conception de l'enfant, pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale.(1)

Cette période de vie est une période cruciale où s'entremêle très intensément bien-être des parents et de l'individu à naître ainsi que des futures générations.

1.1.1.1. La période des mille jours et DOHaD

La biologie et le social :

« L'évolution humaine est des plus remarquables dans la mesure où elle peut être décrite comme un processus bio-culturel » *Jean-Jacques Hublin, paléanthropologue.*

La plasticité cérébrale chez l'enfant est la résultante idéale de l'évolution de l'espèce humaine dans l'histoire. En effet, le cerveau humain qui représente seulement 2% du poids corporel, consomme au repos 20% du métabolisme de base chez l'adulte, cette consommation énergétique atteint 55% chez un nouveau-né et culmine à 66% du métabolisme basal chez un enfant de 4 ans et demi. Le cerveau humain est alors à l'origine de processus ingénieux pour permettre son bon développement depuis la vie intra-utérine jusqu'à sa taille adulte. Il faut noter qu'il est à la naissance le plus petit cerveau en comparaison aux autres primates (compromis entre poids du cerveau, contraintes locomotrices (comme la bipédie) et adaptation environnementale) mais étend sa croissance sur une période bien plus longue. Les quasi trois quart de sa croissance se déroule donc dans le monde extérieur alors que nous interagissons déjà avec celui-ci et sommes soumis à une série

de stimulations qui guide son développement : en ce sens, les humains pratiquent une reproduction bio-culturelle. L'acquisition du langage est l'exemple le plus probant de cette plasticité cérébrale. (2)

A l'image de cette plasticité cérébrale, on retrouve chez le fœtus, le nouveau-né et l'enfant une « plasticité » générale. On comprend alors pourquoi ce nouvel individu est de plus en plus mis au premier plan de nos politiques de santé publique.

Lien entre biologie et stress :

Déjà dans les années 30, H.Seyle (médecin québécois) développait les premières théories expliquant par des phénomènes physiologiques comment une agression ou phénomène « stresser » (qu'il soit chimique, physique, psycho-affectifs ou social) entraîne une réponse biologique en cause dans la genèse des maladies (3). Ces « stressers » déclenchent une réaction, médiée entre-autre par le système endocrinien, et notamment le cortisol (axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien : HHS). Lorsque cette réaction se chronicise, elle entraîne un ensemble de désordres hormonaux, métaboliques et immunitaires à l'origine de nombreux mécanismes pathologiques (hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, rénales, inflammatoires, immunitaires, allergie et hypersensibilité, troubles digestifs comme l'ulcère de l'estomac, infections par diminution de l'immunité et hyper-inflammation chronique, oncogenèse mais aussi troubles psychiatriques).

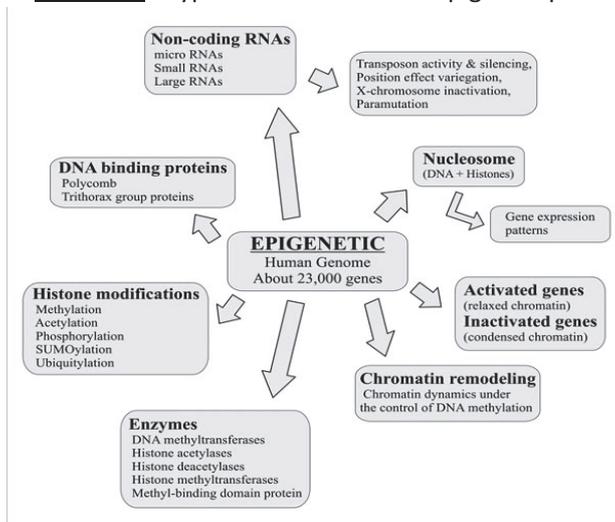
Lorsque ces « stressers » sont subis pendant l'enfance, ils ont une répercussion sur du long terme et notamment l'apparition de ces maladies chroniques à l'âge adulte.(4,5)

Récemment, des chercheurs ont pu corréliser ces modifications durables de l'axe HHS à des modifications épigénétiques de gènes clés impliqués dans la régulation de cet axe (6).

Les phénomènes épigénétiques :

La variabilité d'expression phénotypique pour un même génome s'explique en partie (au niveau génomique) par les phénomènes épigénétiques : soit tout mécanismes entraînant la modification de l'expression d'un gène de manière réversible, transmissible (division cellulaire) et adaptative, et ce, sans modifier la séquence ADN du gène : il existe de multiples mécanismes comme : « DNA methylation, histone modifications, chromatin remodeling and microRNAs that act as regulatory molecules »... (Schéma 1) (7)

Schéma 1 : Types de modifications épigénétiques



L'épigénétique nous apprend que les gènes ne s'expriment pas de manière mécanique ou quasi-déterministe mais que leur expression est régulée, supprimée ou potentialisée par des facteurs environnementaux. Toutes ces modifications influent à la fois sur l'état de santé sain mais aussi pathologique d'un individu (8–12). Et une mémoire de cette régulation peut être transmise aux futures générations.

La période des mille jours, une période clé :

On parle de période des mille jours, cette période qui correspond de la conception in-utéro jusqu'aux deux ans de l'enfant (mille jours), une période critique, pendant laquelle se construisent et se programment les processus biologiques et physiologiques fondamentaux.

En effet, nous l'avons abordé précédemment, c'est à ce moment de vie qu'il existe la plus grande forme de plasticité, c'est-à-dire une importante capacité d'exprimer des phénotypes différents selon l'influence de multiples facteurs environnementaux, et qui a initialement pour but d'améliorer la survie et la reproduction d'un organisme (7,13).

Dans les observations de Barker et coll, une corrélation entre petit poids de naissance et augmentation du taux de mortalité par accidents ischémiques à l'âge adulte avait été mise en évidence. Initialement sous le nom d'« Hypothèse de Barker » ou « programmation fœtale » cela stipulait le rôle des facteurs environnementaux durant la période périnatale induisant des altérations prédisposant au développement de maladies métaboliques et/ou cardiovasculaires à l'âge adulte.(14) On retrouve aujourd'hui nombre d'études qui ont confirmé cette association (15), ajoutant également un lien entre petit poids de naissance et possibilité de développer un asthme ou des maladies respiratoires dans l'enfance et à l'âge adulte (16).

De même pour les maladies psychiatriques ; une étude a étudié l'impact transgénérationnel que peut avoir un traumatisme important subi par une femme enceinte. En prenant l'exemple de l'exposition au génocide rwandais, l'étude se penchait sur les altérations des mécanismes régulant l'expression des gènes (phénomènes épigénétiques). Il a été observé chez des mères exposées à ce traumatisme alors qu'elles étaient enceintes, une plus grande méthylation de certains gènes (codant pour l'axe HHS). Ces modifications étaient par ailleurs transmises à l'enfant in-utéro qui une fois adolescent souffrait plus volontiers de troubles psychiatriques dont le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (17).

Il existe en réalité un grand nombre de facteurs à l'origine de ces phénomènes épigénétiques, comme retrouvés dans la revue « Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects » : le type d'alimentation, le stress ou événements de vie stressants, le diabète gestationnel, l'exposition au tabac et l'alcool, l'obésité, les perturbateurs endocriniens ...peuvent provoquer une susceptibilité au développement de troubles neurodéveloppementaux, désordres du spectre autistique, maladie cardiaque congénitale, susceptibilité à des cancers, allergies, maladies endocriniennes, infertilité ... (18)

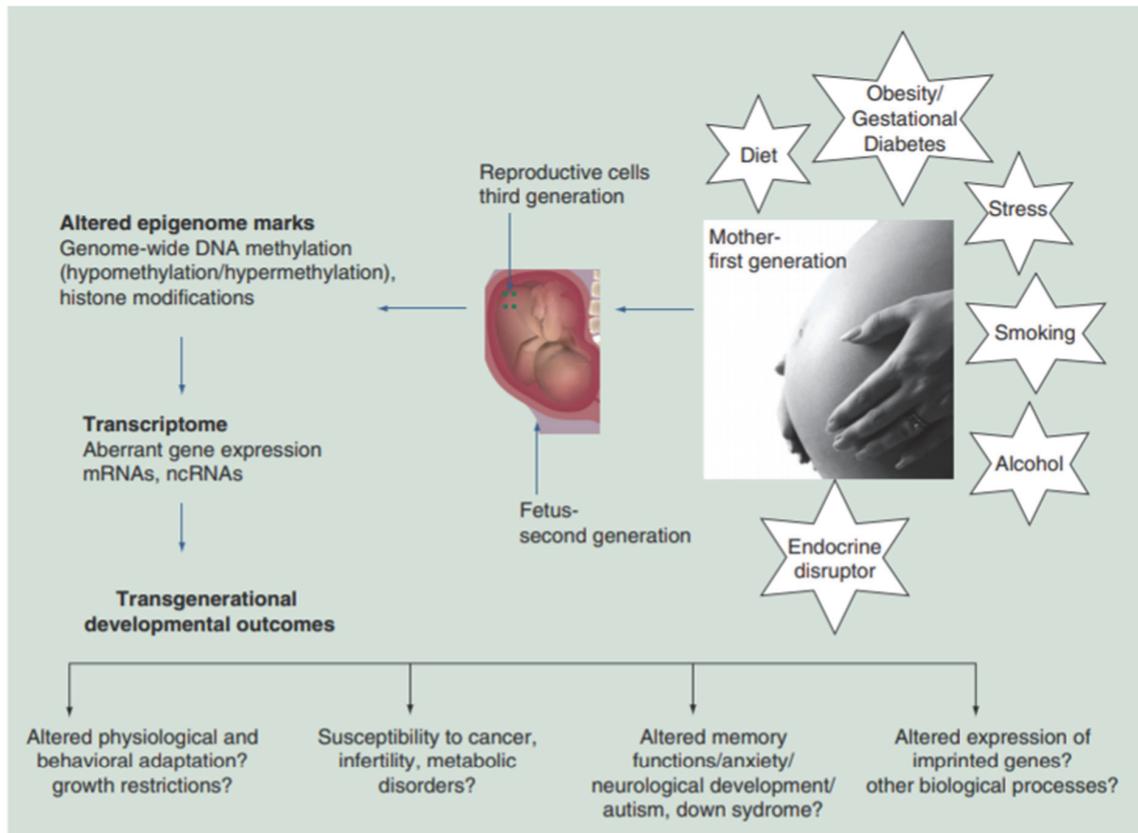


Figure 1. A representative integrative model of the possible influence of environmental factors during pregnancy on offspring's epigenome. Maternal lifestyle and exposure to environmental factors – smoking, stress, diet, obesity, alcohol and endocrine disruptors may alter the epigenome of the fetus and the reproductive cells, and modulate the epigenome transgenerationally. Such changes may affect the expression of several genes and alter the offspring's overall physiological and behavioral outcomes including susceptibility to cancer, metabolic disorders and neurodevelopmental disorders such as autism and Down syndrome.

On parle de concept DOHaD (Developmental Origins of Health and Disease) avec une interprétation de plus en plus large de ce concept par « l'héritage épigénétique » transmis de la mère (F1, enclenché par un stimulus environnemental) à l'épigénome du fœtus (F2) ainsi que les cellules de sa lignée germinale (F3). Des études encore controversées suggéreraient que ces traits épigénétiques pourraient être transmis à une génération suivante (F4, et donc non touchée directement par le stimulus environnemental). (13,19)

La périnatalité et spécifiquement la période des mille jours est donc LA période clé pour la santé de l'individu à venir et les futures générations puisque tout évènement pathologique ou stressant chez la mère (lors de l'embryogénèse puis de la vie in-utéro du fœtus) et dans la petite enfance de l'individu peuvent entraîner des altérations prédisposant au développement souvent précoce de maladie métaboliques, cardiovasculaires, psychiatriques, cancéreuses ... avec une prédisposition transgénérationnelle.

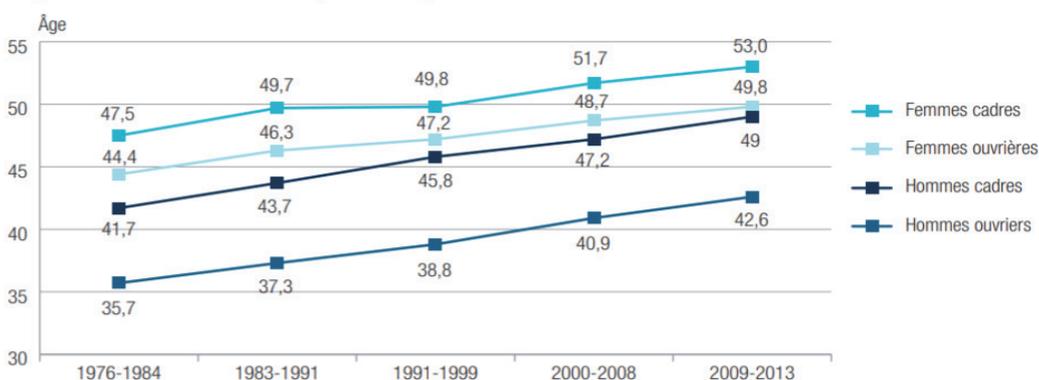
1.1.1.2. Les inégalités sociales de santé en périnatalité

Ainsi on constate comment l'environnement, le social et le psychosocial « s'incorporent » dans le biologique humain jusqu'au génome et permet d'expliquer une partie du gradient social de morbi-mortalité dans la quasi-totalité des pathologies chroniques.

Depuis les années 1970, le différentiel d'espérance de vie qui existe entre un ouvrier et un cadre est connu et reste d'actualité. En France, sur la période 2009-2013, un cadre ou un professionnel libéral à 35 ans avait une espérance de vie de 6,4 ans supérieure à celle d'un ouvrier du même âge. Pour une femme, l'écart d'espérance de vie est de 3,2 ans.(20)

Graphique 1

Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers



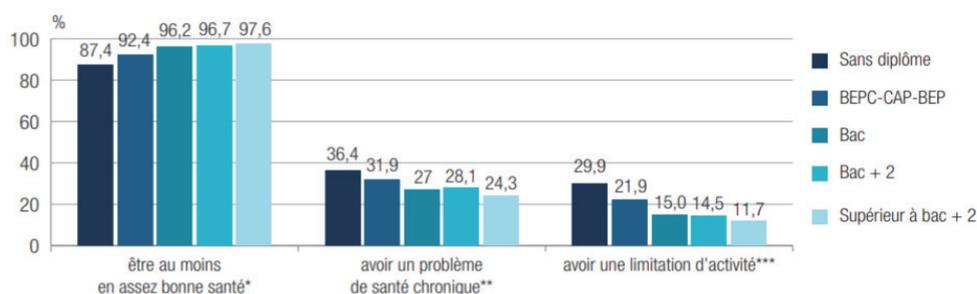
Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

Graphique 2

Indicateurs relatifs à la morbidité déclarée (état de santé perçu, prévalence de maladie chronique, prévalence de limitation d'activité) en fonction du niveau d'étude, en 2013



Champ • France métropolitaine, population active vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus, standardisation sur l'âge.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat).

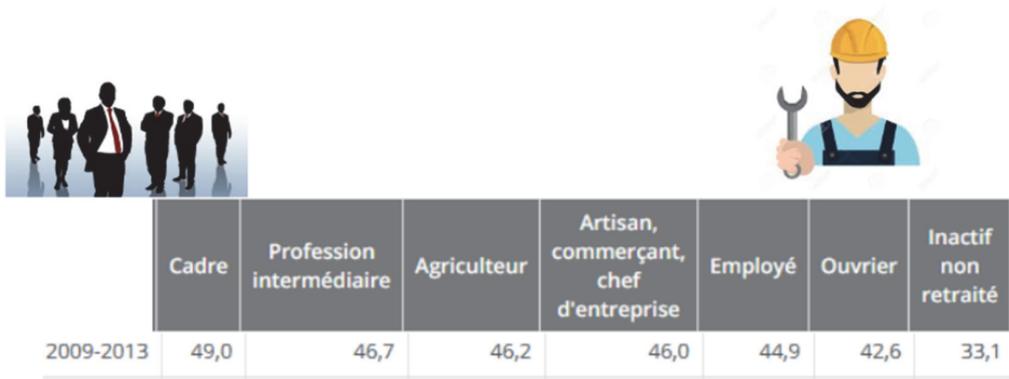


Figure 2 : Espérance de vie à 35 ans en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

À âge et sexe égaux, l'existence de pathologies et leur gravité sont d'abord liées à la position sociale. Les disparités observées dans l'état de santé entre les groupes sociaux sont la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé.

Dans le cas de la périnatalité, on retrouve les mêmes gradients de santé selon les catégories sociales. Ces inégalités s'inscrivent même avant la naissance, au cours de la grossesse et entraînent un risque d'anomalies congénitales, un taux de mortalité infantile, un taux de prématurité et de petit poids de naissance plus important, conséquences qui elles-mêmes perdurent bien au-delà de la période du post-partum et affectent la santé et développement psychomoteur du nourrisson et du jeune enfant, et favorisent l'arrivée de pathologies à l'âge adulte en s'inscrivant dans l'expression épigénétique (voir paragraphes précédents).

Une étude de l'Insee, sur un échantillon démographique permanent (EDP) de 2004 à 2009 a mis en avant une différence du taux de mortalité infantile en France selon les catégories sociales : ainsi on se rend compte que le taux de mortalité infantile (>1 an) pour un nouveau-né de femme cadre est de 2,7 alors qu'il est de 3,7 pour un nouveau-né de femme ouvrière et de 4,9 pour un nouveau-né de femme agricultrice, artisane ou commerçante.

Aussi le taux de prématurité est près de deux fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4% contre 3,9%). (21)

Tableau 1 : Taux de mortalité infantile calculé à partir des décès cumulés de 2007 à 2009, rapportés aux naissances de 2007 à 2009, selon les caractéristiques des parents et de l'accouchement.

	Taux	Intervalle de confiance		Nombre de décès dans l'EDP	Nombre de naissances dans l'EDP
Taux moyen sur 2007-2009	3,6	3,2	3,9	381	106 364
Nature de l'accouchement					
Naissance multiple	12,0	8,4	15,6	43	3 582
Naissance simple	3,3	2,9	3,6	338	102 782
Sexe de l'enfant					
Garçon	4,1	3,5	4,6	222	54 568
Fille	3,1	2,6	3,6	159	51 796
Nationalité de la mère					
Mère Française	3,4	3,0	3,8	308	89 832
Mère étrangère	4,7	3,5	5,8	63	13 546
dont :					
<i>Afrique subsaharienne</i>	7,3	4,1	10,4	21	2892
<i>Maghreb</i>	4,3	2,4	6,1	21	4926
<i>Autres nationalités étrangères</i>	3,7	2,1	5,3	21	5728
Âge de la mère à l'accouchement					
15 à 19 ans	7,1	3,0	11,2	12	1 693
20 à 24 ans	4,5	3,4	5,7	63	13 893
25 à 29 ans	3,3	2,7	3,9	110	33 322
30 à 34 ans	2,9	2,3	3,5	99	34 028
35 à 39 ans	3,8	2,9	4,7	70	18 638
40 à 45 ans	4,9	2,8	7,0	22	4 461
Catégorie sociale de la mère					
Agricultrice, Artisan, Commerçante	4,9	1,2	8,5	7	1 440
Cadre	2,7	1,4	3,9	19	7 118
Profession intermédiaire	2,7	2,1	3,4	64	23 276
Employée	3,5	2,8	4,2	101	29 085
Ouvrière	3,7	2,0	5,5	18	4 825
Inactive ou CS inconnue	4,2	3,6	4,9	172	40 620
Catégorie sociale du père					
Agriculteur, Artisan, Commerçant	4,3	2,6	6,0	26	5 983
Cadre	2,4	1,4	3,3	26	10 912
Profession intermédiaire	2,7	2,0	3,5	52	19 091
Employé	2,3	1,4	3,2	28	12 198
Ouvrier	4,5	3,7	5,2	147	32 888
Inactif ou CS inconnue	4,0	3,2	4,8	102	25 292
Taille d'unité urbaine de la commune de résidence de la mère					
Rurale	2,6	1,9	3,2	64	24 956
Urbaine, de moins de 20 000 h	2,5	1,7	3,3	41	16 142
20 000 à 199 999 h	4,6	3,6	5,6	86	18 700
Plus de 200 000 h	4,0	3,5	4,6	187	46 200
Taille d'unité urbaine de la commune d'accouchement					
Moins de 20 000 h	2,3	1,2	3,3	19	8 367
20 000 à 199 999 h	2,8	2,3	3,3	112	39 831
Plus de 200 000 h	4,3	3,8	4,9	249	57 778

Champ : France métropolitaine. Enfants nés du 2 au 5 janvier ou du 1^{er} au 4 avril, juillet ou octobre.
Source : Insee, échantillon démographique permanent (EDP).

Même si les catégories sociales sont associées à un accès et un recours aux soins différents avec des taux de renoncement aux soins pour raisons financières variables, on sait que ces conditions de recours aux soins sont loin d'être les seuls déterminants de ces inégalités sociales de santé et c'est probablement l'effet combiné et cumulatif de facteurs multiples qui intervient :

Des facteurs individuels : expositions aux toxiques (tabac, drogues ...), pénibilité du travail ou station debout prolongée, événements de vie stressants et facteurs de stress chroniques, dépression, isolement, grossesse non désirée, carences nutritionnelles, IMC bas, début tardif de suivi de grossesse ou suivi irrégulier, vaginose bactérienne, existence de pathologies chroniques

préexistantes à la grossesse, grossesses multiples ou rapprochées, antécédents de naissance prématurée... (22–24)

Tableau 2 :

Association entre les facteurs étiologiques de l'accouchement prématuré (AP) et hypotrophie à la naissance (H) et le statut socio-économique (SE) bas.	
Méiateur potentiel (risque périnatal)	Association avec un statut SE bas
Anthropométrie/nutrition (H)	Petite taille (plus fréquente) IMC bas avant la grossesse (moins fréquent) Prise de poids en cours de grossesse limitée (plus fréquente)
Nutriments (H et AP)	Carences (plus fréquentes)
Tabagisme (H et AP)	Tabagisme important (plus fréquent)
Drogues/addictions (H et AP)	Cocaïne (plus fréquent) Marijuana (plus fréquent) Consommation importante d'alcool (plus fréquente) Consommation importante de caféine (plus fréquente)
Travail/activité physique (H et AP)	Station debout prolongée (plus fréquente) Pénibilité du travail (plus fréquente)
Soins prénatals (AP)	Début tardif (plus fréquent) Fréquence moindre des consultations (plus fréquent) (plus fréquente)
Vaginose bactérienne (AP)	
Grossesse multiple (AP)	(moins fréquente)
Facteurs psychologiques (AP)	Évènements de vie stressants (plus fréquents) Facteurs de stress chroniques (plus fréquents) Grossesse non désirée (plus fréquente) Dépression (plus fréquente) Isolement (plus fréquent)

*D'après Kramer et al., Journal of pediatric and perinatal epidemiology, 2000
IMC : indice de masse corporelle.*

Des facteurs spatio-politiques : une équipe marseillaise s'est également intéressée à ce sujet et a étudié l'impact des inégalités sociales dans le risque de ré-hospitalisation au cours de la première année après une sortie du service de néonatalogie chez des enfants nés prématurés. Les résultats ont notamment montré que vivre dans un quartier dit défavorisé était significativement associé au risque global de ré-hospitalisation ainsi qu'au risque de multiples ré-hospitalisations. De plus, un bas niveau socio-économique étaient significativement associé à toutes les causes de ré-hospitalisation (problèmes respiratoires, digestifs, infections). (25)

On comprend en ce sens, les enjeux de l'environnement géographique et social : les inégalités spatiales agissent, elles aussi, en tant que déterminants de santé et ce de manière indépendante des inégalités sociales individuelles. En fait, elles ne sont plus considérées (comme ce fut longtemps le

cas) comme un reflet des inégalités sociales individuelles mais on se demande aujourd'hui comment les constructions politico-territoriales participent aux inégalités de santé et sont en fait des déterminants sociaux de santé. On constate qu'après ajustement sur la catégorie socio-économique individuelle, persiste un effet de l'environnement sur la santé et notamment en périnatalité, une étude aux Etats-Unis a montré que le risque d'accouchement prématuré était significativement associé au caractère défavorisé du territoire sur lequel vivaient les femmes. (26)

Mais certaines populations restent plus vulnérables que d'autres. C'est le cas des femmes migrantes, en raison des situations socio-économiques dans lesquelles elle se trouvent, mais aussi du risque d'isolement (déracinement avec perte des appuis familiaux et sociaux), tout ceci est majoré par une difficulté d'accès aux soins avec en France des barrières administratives (causées par le droit des étrangers et les droits en matière d'assurance maladie), des barrières de communications linguistiques et culturelles (par exemple on sait que les médecins généralistes passent moins de temps et donne moins d'explications aux patients dont le milieu social ou culturel est plus éloigné du leur(27)). Dans le tableau 2, on voit que le taux de mortalité infantile des femmes étrangères est de 4,7 vs 3,7 pour les femmes françaises et peut-être majoré selon l'origine géographique (7,3 pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne).

Tous ces éléments montrent comment les inégalités sociales influent sur les inégalités de santé en périnatalité et leurs conséquences à court et long terme. D'où l'importance des politiques de santé publique efficaces et luttant contre ces inégalités. La PMI, et la liaison maternité/PMI est un de ces moyens de lutte, c'est ce que nous verrons par la suite.

1.1.1.3. Les scores de vulnérabilité en périnatalité

Des scores de vulnérabilité existent, mais aucun score de vulnérabilité spécifique à la périnatalité n'est référencé.

Un score important, le score EPICES, construit en 1998, prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité et permet d'identifier des populations socialement et/ou médicalement fragilisées (score > ou = à 40 = personne précaire EPICES) (28). Il n'est cependant pas spécifique à la périnatalité.

Figure 3 : Le score EPICES

Tableau I : LES 11 QUESTIONS DU SCORE EPICES

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	- 11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	- 8,28	0
4	Etes-vous propriétaire de votre logement ?	- 8,28	0
5	Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	- 6,51	0
7	Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
8	Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	- 7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	- 9,47	0
10	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	- 9,47	0
11	En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	- 7,10	0
	Constante		75,14

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Plus spécifique à la périnatalité, on retrouve :

- **Des grilles d'évaluation des critères de vulnérabilité en périnatalité amenant une orientation vers les SF PMI-PS de la Haute-Savoie** (mars 2018) (voir annexe 1)
- **Des recommandations HAS**, Préparation à la naissance et à la parentalité (2005) (voir annexe 2)
- Une proposition d'organisation de prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité par la Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (**CNNSE**), 2014 (voir annexe 3)
- Un travail de Hamelin-Brabant L, de Montigny F, Roch G, Deshaies M-H, Mbourou-Azizah G, Borgès Da Silva R, et al. **Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature** qui met en avant quatre dimensions de la vulnérabilité : biologique, psychologique, cognitive, sociale avec une interrelation entre les vulnérabilités :
 - Biologique : la fatigue et les difficultés d'allaitement
 - Psychologique : le stress, le sentiment d'incompétence parentale et le besoin d'être rassuré
 - Social : la pression de performance dans les nouvelles responsabilités, les besoins de divertissement, d'assistance dans les soins prodigués aux enfants et les tâches domestiques et de soutien social des pairs
 - Cognitif : besoin d'informations sur la période prénatale données par des pairs sous un mode participatif (29)

Au final, nous pouvons avancer que la vulnérabilité en période périnatale regroupe les vulnérabilités préalables à la naissance (inégalités sociales de santé notamment) et la vulnérabilité liée à un changement de situation (affectif, social, financier, santé ...) pouvant amener des déséquilibres compromettant la santé des membres de la famille. On comprend que certaines populations ayant des critères de vulnérabilité préalables à la grossesse doivent faire l'objet d'un intérêt particulier en matière de prévention puisqu'elles vont cumuler une double situation à l'origine de vulnérabilités, mais il est important de garder à l'esprit que toute famille, peut être sujette aux situations de vulnérabilité en période périnatale d'où un accompagnement rapproché dans un but de prévention précoce (30).

1.1.2. La prévention en périnatalité

1.1.2.1. Présentation de la PMI

Créée par l'ordonnance du 2 novembre 1945 afin de lutter contre la mortalité infantile (où le taux avait atteint 110/1000 enfants en 1945 et diminué à 18,1/1000 enfants en 1970) et favoriser le renouvellement démographique au sortir de la seconde guerre mondiale, la Protection maternelle et infantile ou PMI, se tourne progressivement vers le domaine de la promotion de la santé et de la médecine préventive, destinée aux enfants de 0 à 6 ans et aux femmes enceintes initialement.

Avec la loi relative à la régulation des naissances (1967 : autorisation de l'usage de contraceptifs notamment la contraception orale), l'interruption volontaire de grossesse (1975) et la création des centres de planification ou d'éducation familiale, les missions de la PMI s'élargissent et permet la création de postes de sages-femmes, d'infirmières, de puéricultrices, d'assistantes maternelles, de psychologues, de conseillères conjugales et familiales et de travailleuses familiales.

Son organisation et ses missions sont confiés en 1982 aux conseils départementaux et s'inscrivent ainsi dans une politique territoriale de santé pour intervenir au plus près des réalités locales et en partenariat avec l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux concernés par les enfants et les familles.

Ses principaux partenaires sont les établissements de soins, les professionnels libéraux, la Caisse d'Allocation Familiale (CAF), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), les services de santé scolaires départementaux et communaux, les Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMPS), les centres médico-psychologiques, le service d'Aide Sociale à l'enfance (ASE), les structures d'accueil petite enfance, le service de cohésion sociale...

L'organisation départementale est territorialisée en structures de proximité ayant une appellation différente selon les départements (circonscriptions, maisons départementales de la solidarité (MDS), unité territoriale ...). Ces structures de proximité répondent aux besoins de la population en partenariat étroit avec les communes et les associations.

Ses trois principes fondamentaux sont : l'accessibilité à l'ensemble de la population, la gratuité et le caractère préventif de ses actions.

Dans un but de parer aux inégalités sociales de santé, elle porte une attention particulière aux populations présentant des facteurs de vulnérabilité et envers lesquelles elle peut déployer des actions plus ciblées, individuelles et/ou collectives.

En 2007, la loi de la protection à l'enfance fait figurer la PMI dans le code de la santé publique mais aussi dans celui de l'action sociale et familiale, et acte ainsi sa position entre santé et social. Sa place est renforcée dans la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. (31–33)

Fondamentaux de la PMI en mots clés (31)



Dans le domaine de la périnatalité, elle met en place des mesures de prévention en faveur de l'ensemble des familles autour de la naissance mais elle porte également la préoccupation de l'accès au suivi de la grossesse des femmes enceintes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale. Elle s'efforce de faciliter leurs parcours de soins en collaborant avec l'ensemble des acteurs, pour lever les obstacles administratifs, financiers et organisationnels. Elle propose des accompagnements aux futures mères présentant des difficultés psychologiques et/ou sociales, en lien avec les services spécialisés compétents pour permettre un accueil du nouveau-né dans les meilleures conditions possibles. Ses actions s'inscrivent dans le cadre des réseaux de périnatalité dont elle est un membre très actif. (30,32)

Concrètement elle met en place des consultations médicales et obstétricales de suivi pré ou post-natal, des visites au domicile (VAD) par des sages-femmes et/ou des puéricultrices, des séances de préparation à la naissance, de soutien à la parentalité et de promotion de l'allaitement maternel avec la mise à disposition d'équipes pluridisciplinaires (médicales, paramédicales mais aussi conseillères conjugales et familiales, psychologues, travailleurs sociaux...) pour chaque individu avec ou sans droits et organise des partenariats avec les services hospitaliers ainsi que la médecine libérale.

1.1.2.2. Rappel, d'autres dispositifs de prévention existant : Entretien prénatal précoce, liaison post-natale HAS en situation à bas risque, dispositif D3P

En prénatal :

L'entretien prénatal précoce est un rendez-vous avec le praticien ou sage-femme qui suit la grossesse et qui a lieu au 4^{ème} mois de la grossesse. Il est obligatoire depuis le 1^{er} mai 2020. Il a pour but d'identifier les besoins d'informations et d'accompagnement des futurs parents, ainsi que de repérer les situations de vulnérabilité du couple et joue également un rôle dans la prévention de la dépression du post-partum. Il permet d'orienter le couple vers d'autres professionnels de manière complémentaire et adaptée à la situation (PMI, ...). C'est un entretien long, généralement entre 45 minutes et 1 heure. Malheureusement il est encore peu pratiqué : seules 28,5% des femmes déclarent en avoir eu un (Enquête nationale périnatale, rapport 2016).

En post-natal :

Depuis les recommandations de 2004 sur « la sortie précoce après l'accouchement », les séjours en maternités se sont progressivement raccourcis (phénomène majoré par l'introduction de la tarification à l'activité T2A) avec une sortie standard de la maternité à 72 heures – 96 heures après un accouchement par voie basse et à 96 heures – 120 heures après un accouchement par césarienne, on parle de sortie précoce pour une sortie dans un délai encore inférieur. En 2014, la HAS a publié des **recommandations de bonne pratique sur la « Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leur nouveau-nés »** pour bien définir les conditions et les modalités de l'accompagnement des mères et de leur nouveau-nés sortis de maternité dans un contexte de **bas risque** médical, psychique et social (voir annexe 4) et diminuer le risque de complications néonatales et maternelles du post-partum évitables en assurant une continuité des soins (système PRADO notamment(34)) (35).

Cependant les couples mère-enfant présentant des pathologies ou des vulnérabilités doivent bénéficier d'un suivi ou d'un accompagnement médical ou social spécifique et complémentaire qui ne sont pas détaillés dans ces recommandations.

A Marseille, le dispositif de Partenariat Périnatal de prévention ou dispositif D3P :

Le développement de **dispositifs de partenariat périnatal de prévention** s'est fait avec les professionnels des maternités, les équipes de psychiatrie (adultes et enfants), les professionnels libéraux et les services de PMI. Il tient à apporter une réponse conjointe en organisant un travail en partenariat pour une meilleure prise en compte de l'environnement médico-psycho-social autour de la naissance et pour lutter contre les inégalités de santé. Il permet de renforcer le soutien aux familles présentant une vulnérabilité potentielle et de renforcer la prévention et le dépistage des troubles du développement psycho-affectif et relationnel des enfants en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents.

De manière concrète, il permet :

- Les visites des personnels de PMI dans les maternités marseillaises afin de transmettre l'information relative aux familles pour lesquelles un accompagnement psycho-social paraît important (rencontre des professionnels de PMI avec les familles, liaisons maternité/PM et maternité/PI via les fiches de liaison).
- La promotion de l'entretien prénatal précoce.
- L'accompagnement au domicile reposant sur un dispositif d'aide, notamment les TISF (travailleur d'intervention sociale et familiale).
- La mise en place d'un staff périnatalité, organisé à un rythme différent selon les maternités, afin d'évoquer les situations pouvant préoccuper les services médico-sociaux de la maternité et du Département et de définir les actions à mettre en œuvre pour l'accompagnement de ces familles (nécessité du consentement préalable de la famille concernée sauf situation où le professionnel considère qu'il existe un danger majeur avéré).(36)

1.2. Etat des lieux de santé, statistiques, données socio-démographiques dans les bouches du Rhône :

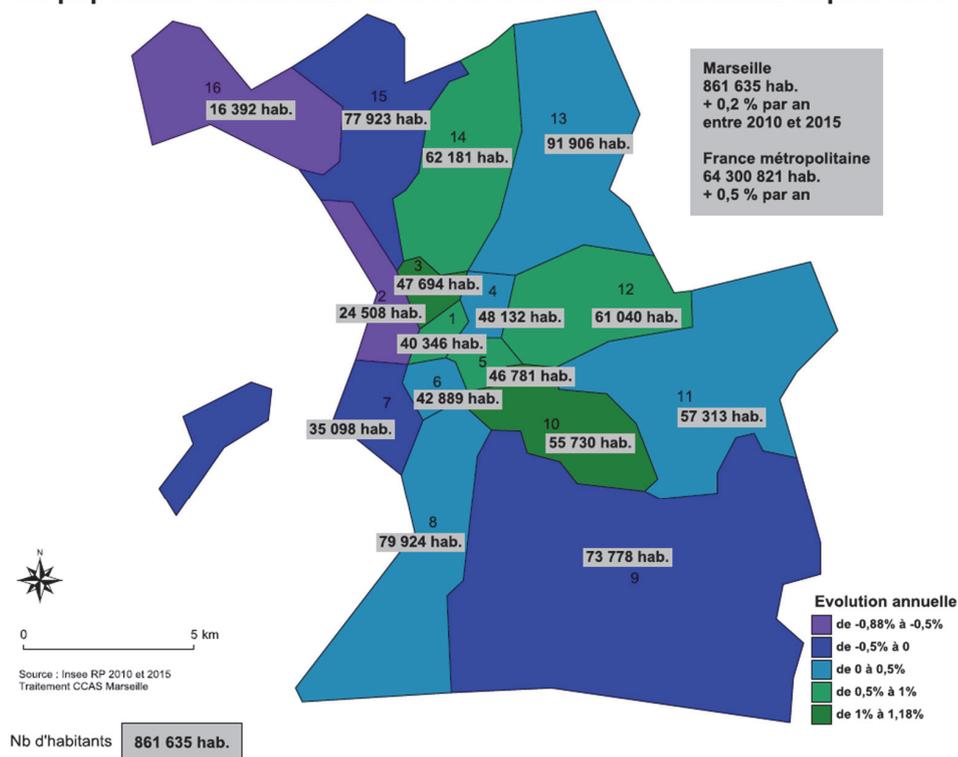
1.2.1. Données socio-démographiques

Nous allons voir, en étudiant les données sociodémographiques de la commune de Marseille et les disparités entre arrondissements, qu'il existe de nombreuses inégalités sociales qui peuvent mener à des inégalités sociales de santé et des vulnérabilités en périnatalité.

1.2.1.1. Démographie Marseillaise

Au 1^{er} janvier 2017 (37), la population de Marseille s'établit à 863 310 habitants, soit + 0,3 % par an depuis 2012. Si l'on regarde les chiffres par arrondissements (2015) :

La population marseillaise en 2015 et son évolution annuelle depuis 2010



On constate que les quatre arrondissements les plus peuplés sont les 8^e, 9^e, 13^e et le 15^e. Ce sont aussi les plus étendus géographiquement. Ceux du centre-ville (1^{er} et 2^e) ainsi que les 7^e et 16^e font partie des moins peuplés de la ville.

1.2.1.2. Ménage et revenu :

Marseille, une ville encore familiale :

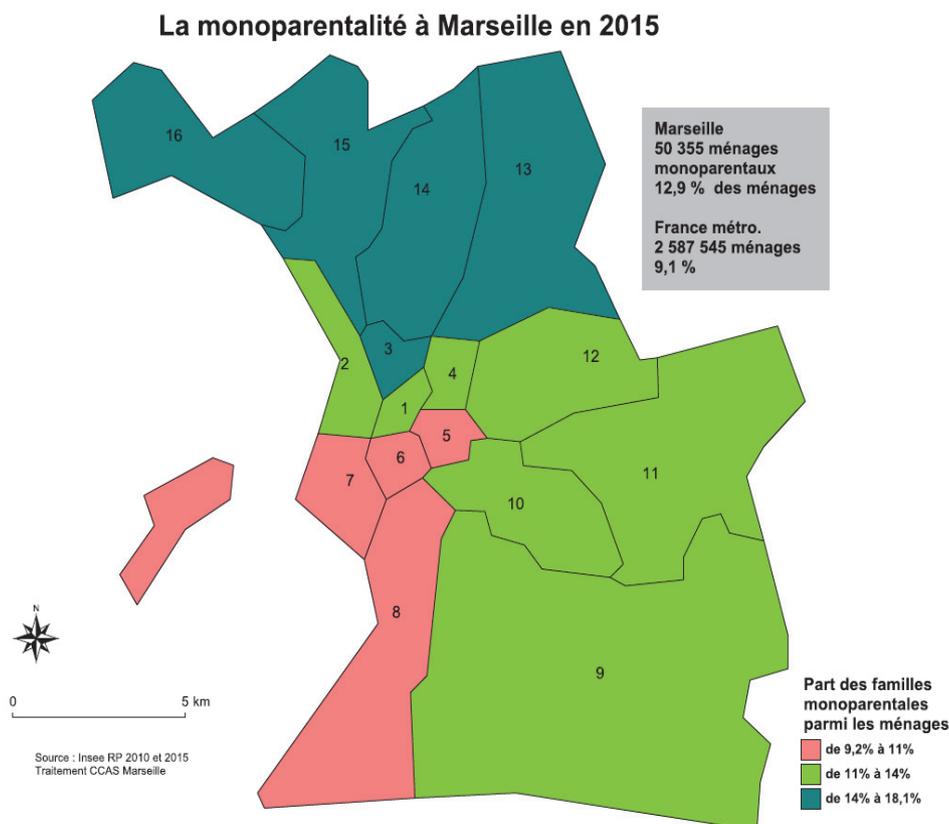
Marseille compte 394 491 ménages en 2017. Elle apparaît comme une ville plutôt familiale environ six ménages sur dix composés d'une famille (55,5 % : couple sans ou avec enfant et famille monoparentale), les ménages d'une personne étant minoritaire de même que les ménages sans famille (respectivement, 42,1 % et 2,8 %) (38). C'est donc une ville dont la structure des ménages est proche de celle de la France, soit plus de ménages en famille (59,8%) que de ménages d'une personne (35,8%) (39). Alors que contrairement à Marseille, les grandes villes comme Paris et Lyon ont une proportion des ménages d'une personne supérieure à celle des familles (51,3 % contre 44,6 % à Paris)(40,41).

Plus d'un ménage sur dix est une famille monoparentale à Marseille en 2017 :

A Marseille, la part de famille monoparentale dans les ménages représente 13,1% en 2017 (38). Cette proportion très importante est supérieure aux taux national, parisien et lyonnais (respectivement, 9 % (2016), 8,2 % et 8% (2017)) (38–41).

À Marseille, cinq arrondissements (3^e, 13^e, 14^e, 15^e, 16^e) ont un taux de familles monoparentales particulièrement fort tandis que les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e font partie de ceux avec les pourcentages les plus bas (cf. carte ci-dessous) (2015) (42).

De plus, la monoparentalité reste avant tout féminine : les femmes sont à la tête de quasiment neuf familles monoparentales sur dix (38).

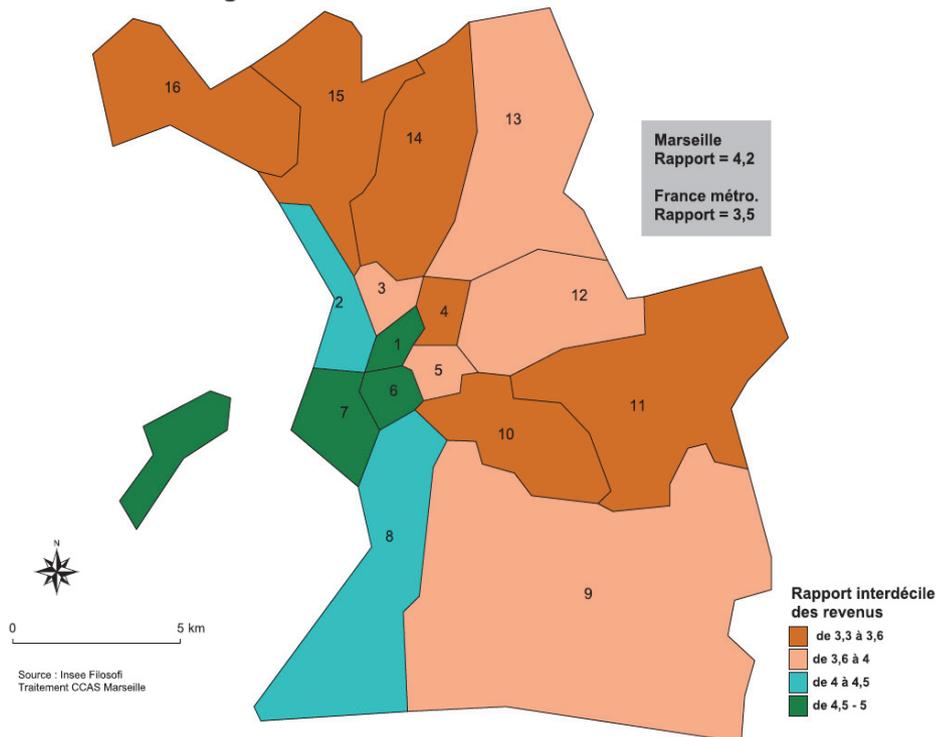


D'importantes inégalités de revenu (42) :

La ville de Marseille est marquée par un niveau de revenu médian relativement faible. En effet, Marseille se démarque sur tous les plans, que ce soit départemental, régional et national : la médiane de la ville est inférieure à 19 000 € par an, alors que les trois autres sont supérieures 20 000 €.

Au niveau des arrondissements, on constate des disparités entre les territoires. La médiane la plus élevée est relevée dans le 8^e arrondissement (24 628 €). Elle représente plus du double de celle du 3^e arrondissement qui est la plus basse de la ville (11 727 €). Cinq arrondissements (6^e, 7^e, 8^e, 9^e et 12^e) font partie des plus « riches » avec une médiane des revenus supérieures à 20 000 € alors qu'à l'opposé, cinq (1^{er}, 2^e, 3^e, 14^e et 15^e) font partie des plus « pauvres » (médiane inférieure ou égale à 15 000 € par an).

Les inégalités de revenus à Marseille en 2015



NB : rapport interdécile des revenus = écart entre le haut (les 10 % les plus élevés – D9) et le bas de la distribution (les 10 % les plus faibles – D1) = $D9/D1$. (Arrondissements en vert les plus inégalitaires au contraire des marrons clairs)

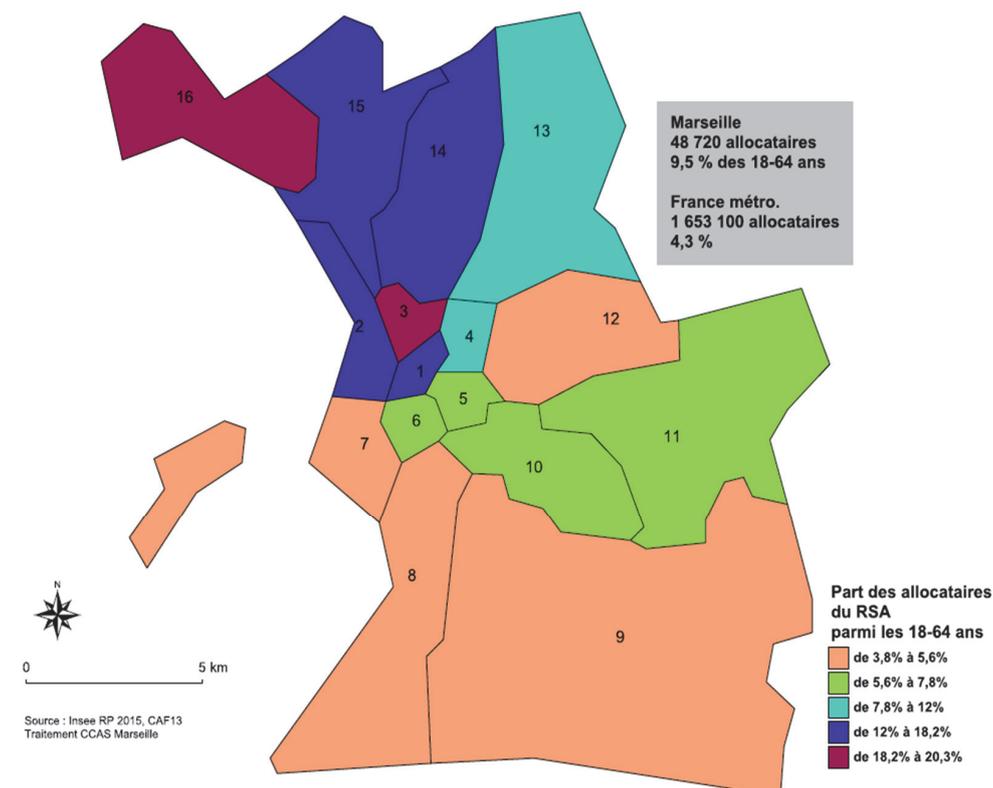
1.2.1.3. Précarité

La précarité socio-économique est une notion multifactorielle qui mêle la notion de chômage ou de bas revenus économiques, de problèmes de logement, de santé, de difficultés familiales ou d'un faible entourage social, amenant à une instabilité globale ou une insécurité (43).

Il est difficile de l'évaluer dans sa complexité on peut cependant déjà se pencher sur les bénéficiaires du RSA à Marseille. Le RSA est le principal des minima sociaux, il s'adresse aux personnes disposant de ressources nulles ou très faibles.

A Marseille, 9,5 % des 18-64 ans sont bénéficiaires du RSA socle en 2016 (vs 4,3% en France métropolitaine), mais ils sont moins de 6 % à en être allocataires dans les 7^e, 8^e, 9^e et 12^e arrondissements contre plus de 20 % dans les 3^e et 16^e.

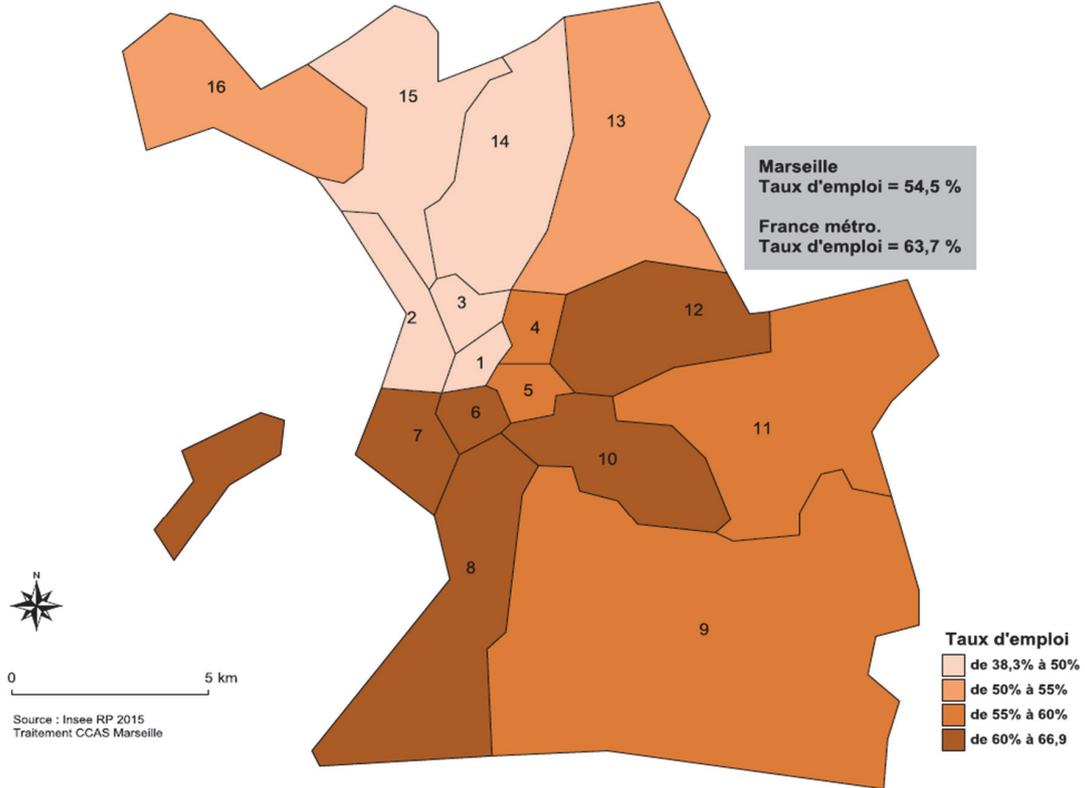
Le RSA à Marseille en 2017



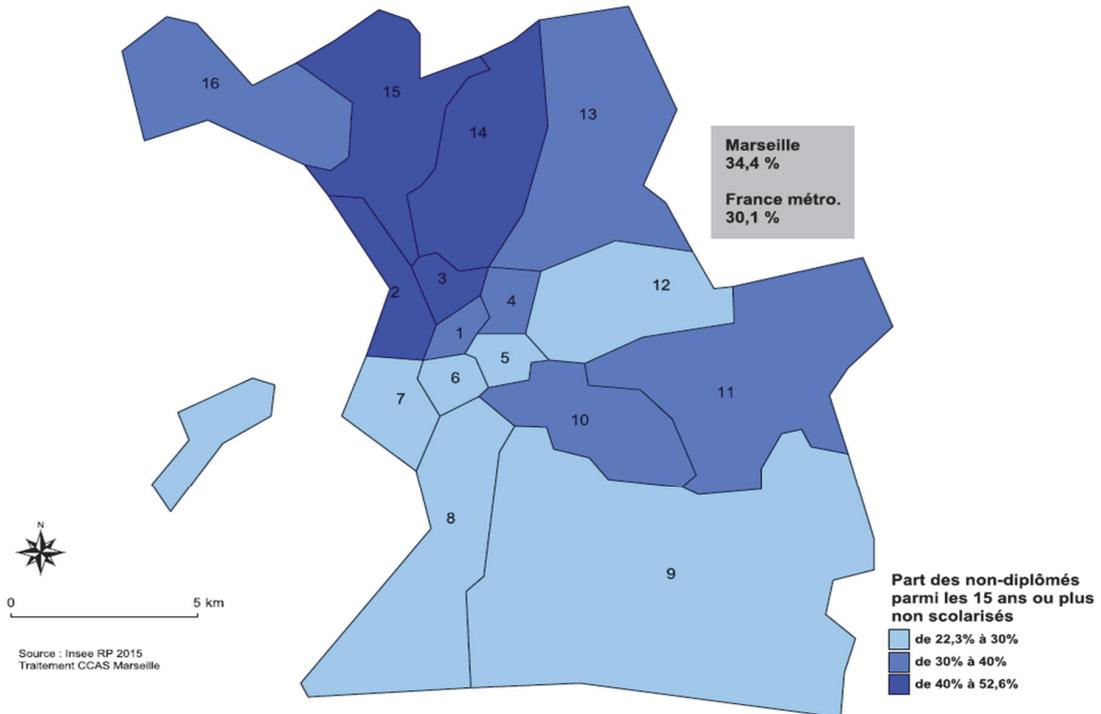
Si l'on se penche vers l'emploi, à Marseille, le taux d'emploi est bien inférieur au taux métropolitain (54,5 % vs 63,7 %), avec de fortes disparités au sien même de la ville. Dans les 1^e, 2^e, 3^e, 14^e et 15^e arrondissements, moins de la moitié des 15-64 ans sont en emploi. A l'opposé dans les 6^e, 7^e, 8^e, 10^e et 12^e arrondissements, plus de six habitants âgés de 15 à 64 ans sur dix sont en emploi. De plus, les employés sont la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée à Marseille en 2015, avec 31 % des emplois, suivis des professions intermédiaires (27 %), puis des cadres et professions intellectuelles supérieures (21 %).

De même si l'on regarde aussi le niveau de formation des habitants de Marseille, 34,4 % des 15 ans ou plus non scolarisés n'ont aucun diplôme et 30,3 % sont diplômés de l'enseignement supérieur. En France métropolitaine, c'est respectivement 30,1 % et 28,5 % et, pour comparaison, 20,6 % et 50,7 % pour Lyon. Dans les 2^e, 3^e, 14^e et 15^e arrondissements de Marseille, ce taux de personnes sans diplôme s'élève entre 40 % et 52,6 %.

L'emploi à Marseille en 2015



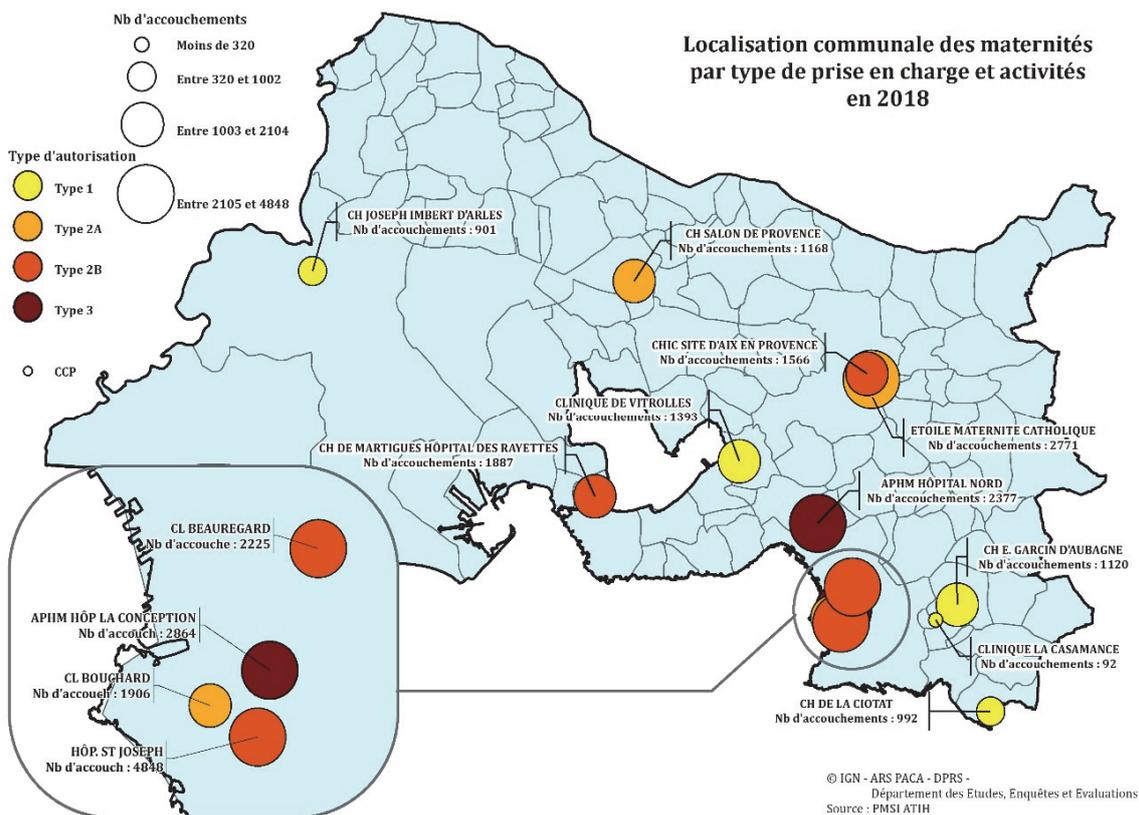
Les non-diplômés à Marseille en 2015



1.2.2. Nombre de naissances par maternités marseillaises :

D'après l'ARS, Marseille compte 14 220 naissances en 2018.

C'est L'hôpital Saint Joseph qui fait le plus grand nombre d'accouchements à Marseille, avec environ le double des autres maternités marseillaises, soit 4848 accouchements. Puis la Conception, 2864 accouchements, l'Hôpital Nord avec 2377 accouchements, Beauregard 2225 accouchements et la clinique Bouchard avec 1906 accouchements.



1.2.3. Ressources de soins marseillais :

1.2.3.1. Les maternités marseillaises

Comme vu sur le schéma précédant, on retrouve à Marseille deux maternités de type 3 : La conception et L'hôpital Nord, deux maternités de type 2B : Beauregard et Saint Joseph, et une maternité de type 2A : la clinique Bouchard (voir annexe 5 : rappel sur les différents types de maternités).

1.2.3.2. Sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes faisant de la gynécologie, CPEF à Marseille

D'après les données du réseau périnatalité Méditerranée et de la PMI, on retrouve sur la commune de Marseille :

- 206 Sages-femmes :
 - Hospitalières : 143
 - Libérales : 63
 - PMI : 35
- 89 Gynécologues :
 - Hospitaliers : 44
 - Libéraux : 45
 - PMI : 24
- 50 Médecins généralistes qui ont passé le DIU de gynécologie du Pr Boubli et/ou sont formés à l'ivg, et pour lesquels on peut estimer qu'ils ou elles, effectuent des suivis de grossesse.

On trouve également 8 CPEF (centre de planification ou d'éducation familial) dans la ville de Marseille, ils assurent les consultations de contraception, d'entretien préalable aux IVG, des actions collectives et individuelles portant sur la sexualité et l'éducation familiale, entretien de conseil conjugal et séances de préparation à la vie de couple ou à la fonction parentale, distribution de médicaments, contraceptions, tests de grossesse... à titre gratuit si besoin. Ils sont répartis entre les arrondissements de Marseille :

- deux dans le 3^{ème}
- un dans le 2^{ème}
- un dans le 8^{ème}
- un dans le 13^{ème}
- un dans le 14^{ème}
- un à la Conception (5^{ème})
- un à l'Hôpital Nord (15^{ème}) (44)

On trouve également 13 Maisons de la Solidarité (MDS) sur Marseille (29 en tout en PACA) (45), qui sont des structures de proximité intervenant pour aider, orienter et soutenir les populations sur le plan médical ou social (voir paragraphe précédent *Présentation de la PMI*) :

- une pour le 15^{ème} et 16^{ème} (MDS de L'Estaque, 13016)
- une dans le 15^{ème} (MDS de La Viste, 13015)
- une dans le 14^{ème} (MDS des Flamants, 13014)
- deux dans le 13^{ème} (MDS Le Nautile et MDS du Vallon de Malpassé, 13013)
- une dans le 11^{ème} (MDS de St Marcel, 13011)
- une dans le 1^{er} (MDS de Présence, 13001)
- une dans le 2^{ème} (MDS du littoral, 13002)
- une dans le 3^{ème} (MDS Boues/Belle de mai 13003)
- une pour le 4^{ème} et 12^{ème} (MDS des Chartreux, 13004)
- une pour 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} (MDS de St Sébastien 13006)
- une pour le 8^{ème} (MDS de Bonneveine, 13008)
- une pour 9^{ème}, 10^{ème} (MDS Romain Rolland, 13009)

1.3. Nature de la liaison maternité/PMI :

Le travail ci-dessus s'est intéressé à la vulnérabilité en périnatalité et aux caractéristiques socio-démographiques de la ville de Marseille avec ces structures de soins. On comprend ainsi l'importance des mesures de prévention médico-psycho-sociale dans un cadre clinique et de santé publique, en direction des femmes en situation défavorisée ou de vulnérabilité mais aussi en faveur de l'ensemble des familles autour de la naissance.

La liaison maternité/PMI fait partie intégrante de ces mesures de prévention et s'insère ainsi dans le dispositif D3P. Elle a pour but d'assurer la coordination serrée avec les acteurs de la santé et ceux de l'action sociale et permet d'intervenir de manière précoce, afin de soutenir le « devenir parent » de façon pluriprofessionnelle. (30)

1.3.1. Histoire de la fiche de liaison

Les premiers « réseaux d'acteurs » ont été mis en place dès 1990 avec la maternité de La conception, la Timone et l'équipe du centre de planification de Saint Pierre (5^{ème}) et le centre PMI Timone (Dr AUMERAS) et arrondissement Sud-est (Dr AMARA).

Il existait un passage en suite de couches de 2 pédiatres assurant l'information PMI auprès des primipares et préparant la visite de la puéricultrice à la sortie. Dans les situations à problématique complexe, ces-derniers participaient aux synthèses avec le personnel (on ne parlait pas encore de staffs : réunion mensuelle à la maternité avec pédiatres, surveillant.e.s, sages-femmes et maïeuticiens, puéricultrices, travailleurs sociaux, psychologues. Une fiche de liaison synthétique respectant les règles déontologiques de la transmission des informations avait été conçue, celle-ci était destinée au pédiatre et au surveillant du bloc d'accouchement pour lui permettre de joindre le référant de la situation.

En 2007, un premier travail d'harmonisation des pratiques a été effectué avec mise en place d'une information systématique du public à des moments clés (plaquette d'information sur la PMI et sur l'entretien prénatal précoce) ainsi qu'une mise à disposition personnalisées en direction d'une population plus vulnérable (ciblée par les sages-femmes)

En anténatal, les sages-femmes de PMI sont nommées pour chaque maternité afin d'assurer les liaisons entre les maternités et la PMI. Ces liaisons durant la grossesse permettent la mise en œuvre d'une prévention précoce sous différentes formes : visite à domicile, entretien, organisation d'un travail en réseau. Une fiche de liaison type est mise en place.

En post-natal, le lien est plus spécifiquement orienté vers la Protection Infantile (PI) avec des puéricultrices de la PMI qui ont leur organisation propre. (46)

1.3.2. Description du dispositif des liaisons selon les hôpitaux et de l'outil : la fiche de liaison

De nos jours, les fiches de liaison Maternité/PM sont rédigées en amont à la maternité par un professionnel de santé (sage-femme surtout, médecin, puéricultrice, psychologue ...) ayant constaté un bénéfice pour les parents à établir un lien PMI. Elles sont ensuite récupérées par des sages-femmes de PMI qui passent dans les maternités et redistribuées aux professionnels de santé des PMI de secteur (sages-femmes, médecins ...) en fonction de l'adresse de la patiente. Les liaisons disposent

des éléments permettant de décider le type de contact avec la famille (contact téléphonique, lettre, VAD, attente d'une consultation) et le type d'action auprès de la famille, de la mère, du bébé (soins en fonction de la demande des parents, actions de prévention, actions de protection). Ces éléments pertinents peuvent être d'ordre strictement médical mais aussi médico-psychologique, relationnel, social...

Les informations transmises sont toujours soumises au secret professionnel, que ce soit médical ou social.

La fiche de liaison utilisée est un triptyque : deux feuillets sont récupérés par les sages-femmes de PMI et un feuillet est conservé par la maternité d'origine. La transmission de la liaison aux PMI de secteur, est effectuée de plusieurs façons (médimail, téléphone...).

On retrouve, courant 2018, deux types de fiche de liaison (voir annexes 6 et 7) : la deuxième a été réorganisée par le département avec quelques items rajoutés ou modifiés.

Il existe cependant des variantes dans les pratiques selon les maternités marseillaises (informations obtenues auprès des sages-femmes de PMI lors de réunions mises en place à la PMI pour repenser l'outil en décembre 2019 et février 2020) :

A Beauregard, les liaisons maternité/PM sont uniquement pratiquées en anténatal, pour trois services de l'hôpital et conservées dans un classeur. La fiche est très souvent remplie par la sage-femme ou le médecin de l'hôpital en présence de la patiente. La sage-femme PM passe deux fois par mois et ne rencontre pas les patientes en chambre. En cas d'urgence, une liaison par mail ou téléphone peut être établie avec dans un second temps rédaction de la fiche de liaison papier.

A l'hôpital Saint Joseph, les liaisons sont majoritairement celles des puéricultrices en postnatal

A l'hôpital Nord, les liaisons maternité/PM peuvent être faites en anténatal et postnatal, les sages-femmes de PMI (une du 15^{ème} et une du 14^{ème}) passent deux fois par semaine, dans sept services de la maternité (HDJ, consultation, bloc d'accouchement, diagnostic prénatal, gynécologie, grossesses à risque et suite des couches). Chaque service possède son classeur de liaisons PMI. La sage-femme PM peut être amenée à rencontrer les patientes en post-natal, encore hospitalisées. Les sages-femmes PM font la transmission aux sages-femmes de secteur par « médimail » ou parfois par téléphone.

A La Conception, les liaisons maternité/PM peuvent être effectuées en anté- et post-natal, les sages-femmes PM (une du 3^{ème} et une du 9-10^{ème}) passent deux fois par semaine dans trois services de l'hôpital (suite des couches, grossesses à risque, HDJ), elles ne rencontrent pas les patientes ni même les sages-femmes ayant rédigées la liaison (du fait du turn-over important).

Lorsque les sages-femmes de secteur reçoivent la liaison, certaines créent initialement un dossier papier (pour les VAD notamment) où sera également classé la fiche de liaison, puis ce dossier sera archivé après création du dossier informatique pour le suivi médical. D'autres créent directement le dossier informatique (si consentement de la patiente bien recueilli) et contactent la famille. Si la liaison n'a pu être établie une retransmission à l'hôpital est réalisée en général.

Mais dans quelles indications est utilisée cette fiche ?

A l'heure actuelle, on trouve des grilles d'évaluation des critères de vulnérabilité en périnatalité amenant une orientation vers les sages-femmes PM **dans le cadre des staffs MPS** (annexe 1) mais **pas dans le cadre des liaisons maternité/PM** or la fonction n'est pas la même et même si les critères

de vulnérabilité en périnatalité sont connus, les indications dans le cadre de la liaison pourraient être plus larges dans l'idée d'un réel outil de soutien à la parentalité.

Aussi la pratique de la liaison maternité/PM n'a que très peu été évaluée, que ce soit à Marseille (on retrouve le mémoire de la sage-femme Mme ZERROUKI Hamina : Les liaisons des grossesses à partir de l'Hôpital vers la PMI, 2007) ou dans d'autres villes de France.

De plus, le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) responsabilise les organismes qui traitent leurs données et nécessite une transparence sur la transmission des informations données à la famille.

D'où, les problématiques qui se posent aujourd'hui :

- Comment se reflètent les différences de pratiques selon les maternités dans cette liaison ?
- Cette liaison nécessite une transmission d'informations et le recueil du consentement auprès des familles, est-ce bien le cas actuellement ?
- Quelle est la pertinence de l'utilisation de la fiche de liaison : critères de vulnérabilités correctement repérées et à temps (ante/postnatal) ?

Nous allons tenter de répondre à ces questions dans le reste de ce travail de thèse.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Type d'étude, population et critères d'inclusion, recueil de données

Nous avons mis en place une étude épidémiologique descriptive transversale multicentrique à partir des fiches de liaison émanant des hôpitaux de Marseille vers la PMI : Hôpital nord, La Conception, clinique Bouchard, Beauregard, Saint Joseph au cours de la période du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.

La population ciblée était toutes les femmes qui ont bénéficié d'une liaison vers les services de la PM depuis ces hôpitaux dans la période citée ci-dessus.

La population source étant toutes les femmes accouchant dans ces hôpitaux au cours de cette même période.

Le recueil de données a été fait de manière transversale, sur la base de documents papiers archivés après avoir été traités par les MDS de Marseille et conservés au Conseil départemental. Les données ont été anonymisées par numérotation et retranscrites dans un tableau Excel standardisé.

Sont inclus toutes les patientes ayant été prises en charge dans une de ces structures en périnatalité et ayant bénéficié d'une liaison avec la PM.

Sont exclus :

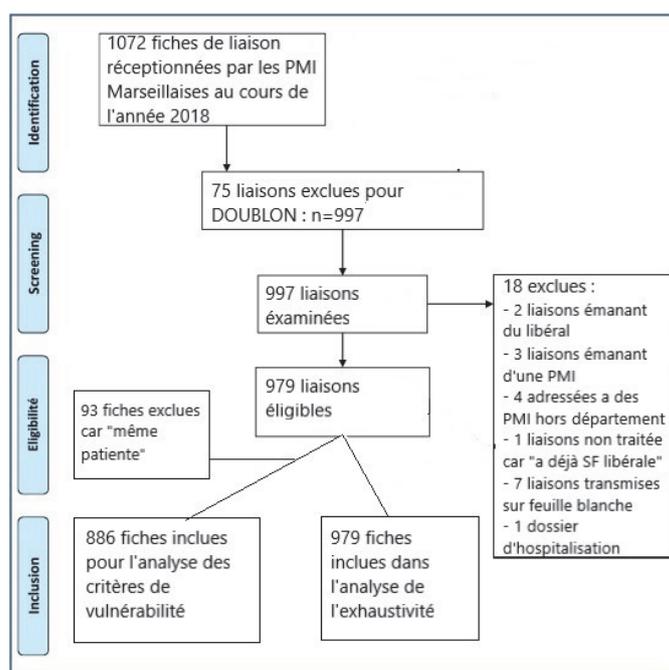
- Toutes les liaisons n'émanant pas des maternités marseillaises ou ayant été envoyées vers des PMI hors département ou n'étant pas faite via le triptyque de la fiche de liaison : soit 18 liaisons (2 venant du libéral, 3 d'une PMI, 4 liaisons adressées vers une PMI hors Bouches-du-Rhône, 8 liaisons n'étant pas des liaisons faites avec la fiche de liaison (dossier médical, liaison sur feuille blanche), 1 liaison non traitée car précisé que la patiente avait déjà une sage-femme libérale)

- Les fiches doublons (indication si doublon pour chaque patiente, et destinataire n° 2 de la liaison)
- Analyses sur critères de vulnérabilité en excluant les autres fiches d'une même patiente quand identification de plusieurs fiches pour une même patiente.

Au final :

- Nombre total de fiches de liaison incluses = 979
- 93 patientes ont plus d'une fiche de liaison

Figure 5 : Diagramme de flux



2.2. Description des deux fiches de liaison avec détail des différences (annexes 6 et 7)

Plusieurs variables ont été relevées : *maternité d'origine, service émetteur (bloc accouchement, consultations, Suites de couches, Hôpital de jour, Hospitalisation) et identité de la personne rédigeant la liaison*, présence oui ou non des informations sur la patiente retrouvées (*identité (nom, prénom, nom d'épouse) et des coordonnées de la patiente (adresse et téléphone)*), *âge de la patiente, grossesse et parité, date de début de grossesse ou terme prévu ou date d'accouchement, nom du praticien suivant la grossesse, patiente informée oui ou non de l'intervention de la PMI, date de rédaction de la liaison ou de réception de la PMI, informations cliniques/échographiques adaptées, traitements, type d'allaitement, suivi par une Assistante sociale ou un Psychologue, motif de la liaison, proposition de suivi/prise en charge, date de la prochaine consultation.*

Comme il existait deux types de fiche de liaison, on retrouvait : une plus ancienne (510 fiches soit 52,1%) et une réactualisée (469 fiches soit 47,9%) avec quelques différences (voir annexe 5 et 6 respectivement) :

- Dans la première était renseigné en plus : *date de la liaison, nom de médecin obstétricien et nom de la sage-femme hospitalière, rythme des visites par semaine, monitoring, accompagnement psycho-social*
- Dans la deuxième était renseigné en plus : *Terme Prévu (TP) et date d'accouchement, type d'accouchement, nom et poids du nouveau-né, type d'allaitement, antécédents (ATCD) de la patiente, précision « suivi/en cours/informée/refusée » pour l'assistante sociale, idem pour psychologue associé dans le même item psychologue/pédiatre/pédopsychiatre, liaison émanant d'un staff, Médecin ou sage-femme rédigeant la liaison, praticien suivant la grossesse, Prise en charge proposée à la sortie (PRADO, sage-femme, libérale, aucune à ce jour), Accompagnement psycho-social : oui ou non*

Pour faciliter les analyses au vu des différences entre les 2 fiches, nous avons considéré comme même variable :

- *Nom de la sage-femme hospitalière et médecin ou sage-femme rédigeant la liaison*
- *Nom du médecin obstétricien et praticien suivant la grossesse*
- *Vu par psychologue et vu par psychologue/pédiatre/pédopsychiatre*

Nous avons considéré que l'item était renseigné positivement quand :

- Dans la fiche n°2 était renseigné dans l'item *assistante sociale* et *psychologue/pédiatre /pédopsychiatre* « informée », « suivi » et « en cours »
- Une variable avait été remplie secondairement par la sage-femme de la PMI antenne
- La variable *adresse* était remplie par « sans domicile fixe », la variable *téléphone* par « pas de téléphone », la variable *praticien suivant la grossesse* par « mal suivie » ou « non suivie »
- Pour la variable *examen clinique, échographie* : 3 modalités étaient possibles :
 - « Renseignée » si était renseigné en prénatal le déroulement de la grossesse ou décrite la dernière échographie ET les antécédents de la patiente, en post-natal si était décrit le déroulement de l'accouchement ET le poids du nouveau-né ET les antécédents de la patiente.
 - « Renseignée partiellement » s'il manquait une de ces informations.
 - « Non renseignée » si on ne retrouvait aucune de ces informations.

Nous avons également ajouté les variables : *liaison anté- ou post-natale, informations rajoutées par la PMI et type d'informations rajoutées.*

2.3. Création d'un tableau de synthèse des critères de vulnérabilité en périnatalité

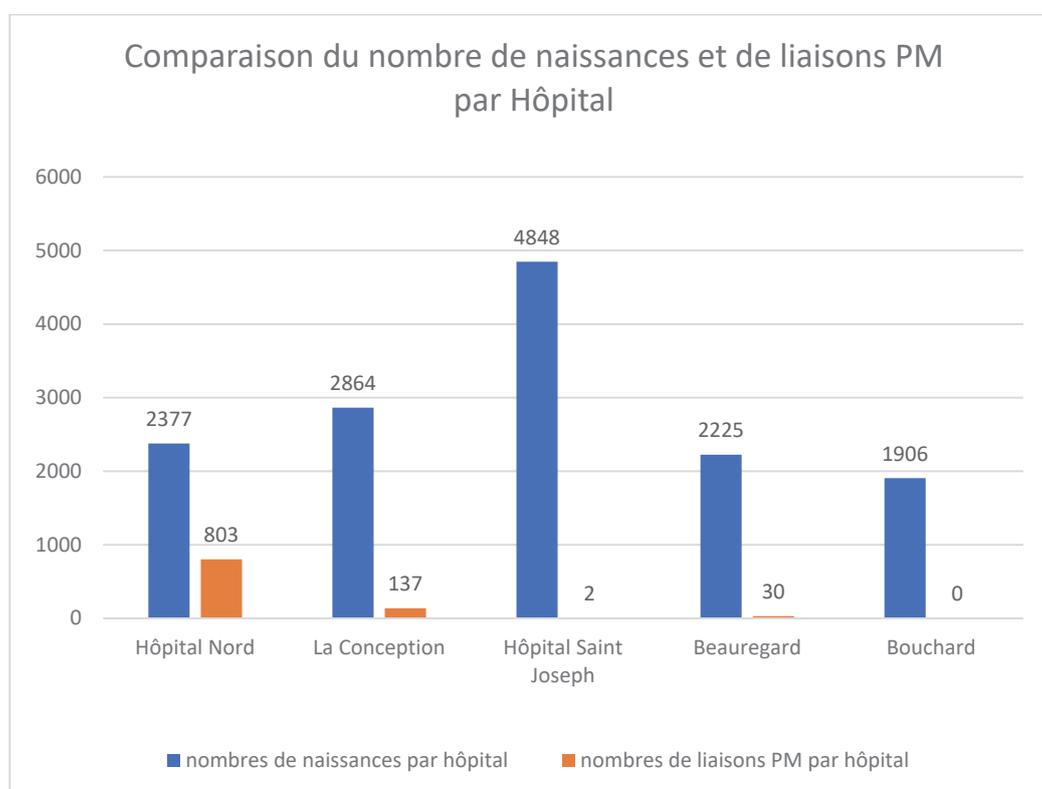
Un tableau de synthèse sur les critères de vulnérabilités périnatales standardisés a été créé (Annexe 8) en se basant sur les travaux suivants : le mémoire de Mme ZERROUKI Hamina (mémoire de sage-femme : Les liaisons des grossesses à partir de l'Hôpital vers la PMI, 2007), l'article « Inégalité sociale en santé périnatale »(47), les critères de vulnérabilité en périnatalité retrouvés et explicités dans le chapitre de cette thèse *Les scores de vulnérabilité.*

III. RÉSULTATS

3.1. Origine des liaisons

Sur les 979 liaisons incluses, plus de 95% des liaisons venaient des maternités de l'hôpital public avec notamment 82 % émanant de l'hôpital Nord (803 liaisons) et 14 % de La Conception (137 liaisons). Des maternités des hôpitaux privés ou semi-privés, 3,1 % des liaisons venaient de Beauregard (30 liaisons), 0,2 % de l'hôpital Saint Joseph (2 liaisons) et aucune liaison PM depuis de la clinique Bouchard. 0,7 % des liaisons (7 liaisons) étaient d'origine non précisée.

Figure 6 : Comparaison en valeurs absolues du nombre de naissances par hôpital et du nombre de liaisons PM établies



Si l'on regarde les services d'origine, toutes maternités confondues, la majorité des liaisons provenaient des suites de couches avec 60,3 % des liaisons (soit 590 liaisons), 15,5% (152 liaisons) émanaient de la consultation, 9,9% (97 liaisons) de l'Hôpital De Jour, 5,8% (57 liaisons) d'hospitalisation complète (grossesses à risque), 2,6% (25 liaisons) du bloc d'accouchement, 1,7% (17 liaisons) provenaient de services autres (1 liaison de l'échographie, 1 liaison de l'espace santé, 13 liaisons de staff, 2 liaisons des urgences gynécologiques) et 4,2% (41 liaisons) n'avaient pas de service d'origine précisé.

Le tableau 3 montre le pourcentage de liaisons émises par service et par maternité où l'on observe une différence de pratique entre hôpital public (liaisons provenant en majorité des suites de couches) et privé ou semi-privé (liaisons venant en majorité de la consultation).

Tableau 3 : nombre de liaisons en pourcentage en fonction du service émetteur et de la maternité.

ORIGINES :	Bloc d'accouchement	Consultations	Suites de couches	HDJ	Hospitalisation	Autre	Non précisé
Hôpital Nord	2,5 %	15,7%	59,4%	9,7%	6,1%	2,0%	4,6%
Conception	1,5%	4,4%	78,1%	12,4%	2,9%	0%	0,7%
Beauregard	10,0%	60,0%	13,3%	0%	10,0%	3,3%	3,3%
Saint Joseph	0%	50,0%	0%	0%	50,0%	0%	0%
Bouchard	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

3.2. Temporalité de la liaison

Ces liaisons provenant de différents services et de différentes maternités (comme vu ci-dessus) et adressées à la Protection Maternelle pouvaient être des liaisons anténatales ou post-natales. Nous avons constaté que 63,5% soit 622 liaisons étaient des liaisons post-natales et 36,5% soit 367 liaisons étaient des liaisons anténatales. Nous avons également établi le détail des liaisons anté- et post-natales par maternité (tableau 4) et constatons là encore une différence de pratique entre hôpital public (majorité de liaisons post-natales) et privé ou semi-privé (majorité anténatales).

Tableau 4 : Pourcentage de liaisons anté- et post-natales par maternité

MATERNITES	ANTE-NATAL	POST-NATAL
HOPITAL NORD	37,5%	62,5%
CONCEPTION	19,7%	80,3%
BEAUREGARD	80,0%	20,0%
SAINT JOSEPH	100,0%	0%
BOUCHARD	0%	0%

Attention, pour Saint Joseph : seulement 2 liaisons

3.3. Critères de vulnérabilité et motifs de recours à la liaison

En ce qui concerne les motifs de recours, ils sont associés aux critères de vulnérabilité (cf : annexe 8) (répartis en grande catégorie : sociale, psy et médicale), nous constatons que ces critères de vulnérabilité étaient le plus souvent multiples, au sein même de chaque catégorie :

De ce fait, sur les 886 fiches de liaison :

- 608 (68,6%) présentaient au moins 1 critère social dont 334 fiches (37,7% au total) en présentaient 2 ou plus.

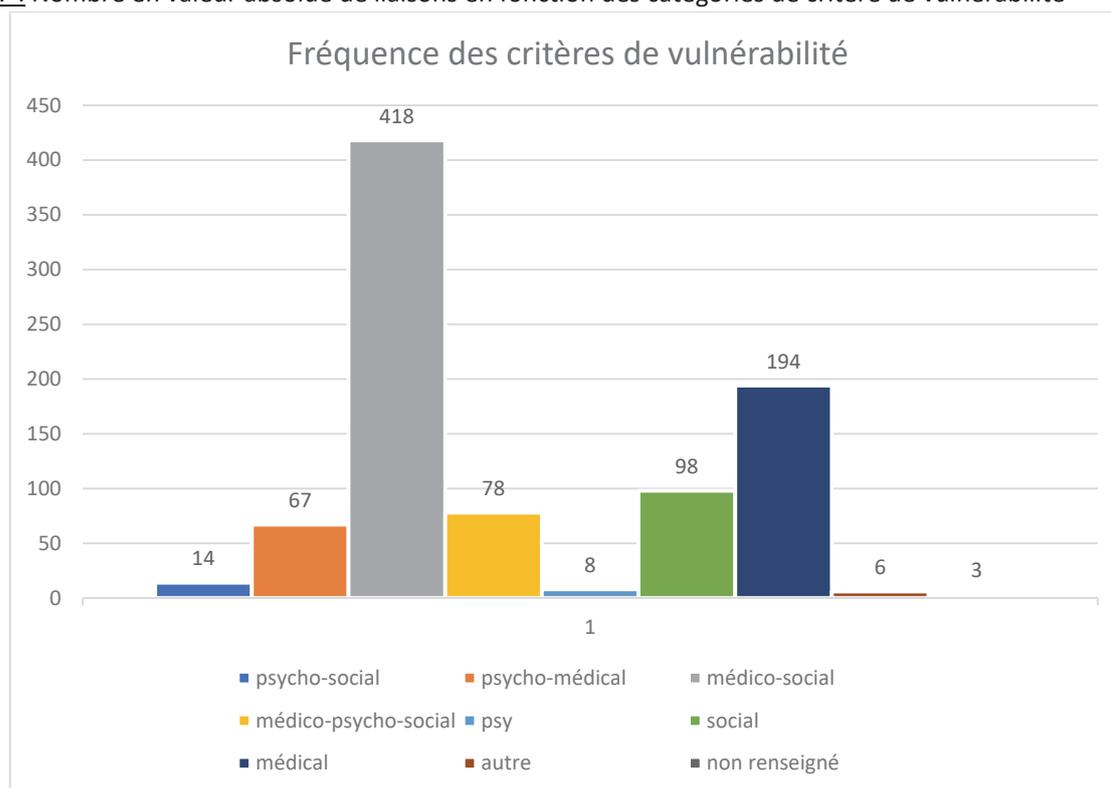
- 445 (50,2%) présentaient au moins 1 critère médical autre dont 51 (5,7%) en présentaient au moins 2.
- 435 (49,1%) présentaient au moins 1 critère médico-obstétrique dont 162 (18,2% des liaisons) en présentaient 2 ou plus.
- 185 (20,9%) présentaient au moins 1 critère médico-fœtal dont 21 (2,4%) en présentaient au moins 2.
- 167 (18,8%) présentaient au moins 1 critère psy dont 34 (3,8%) présentaient au moins 2 critères psy.
- 127 (14,3%) présentait au moins 1 critère médical non obstétrical.

Mais surtout, ces catégories s'entremêlaient puisque seulement 34,4 % des liaisons ne présentaient qu'un seul type de catégorie, 56,4% présentaient une double catégorie (principalement médico-sociale) et 8,8% une triple catégorie comme le détaille le tableau 5 et la figure 7.

CRITERE DE VULNERABILITE	Nombre de liaisons / 886	Pourcentage %
Uniquement social	98	11
Uniquement médical	194	21,8
Uniquement psy	8	0,9
Autre	6	0,7
Triple critère : médico-psycho-sociale	78	8,8
Double critère : médico-sociale	418	47,2
Double critère : psycho-sociale	14	1,6
Double critère : médico-psy	67	7,6
Pas d'indication	3	0,3

Tableau 5 : Représentation en valeur absolue et en pourcentage de chaque catégorie de critère de vulnérabilité

Figure 7 : Nombre en valeur absolue de liaisons en fonction des catégories de critère de vulnérabilité



L'annexe 9 montre en détail, la représentation en nombre et en pourcentage de chaque critère de vulnérabilité pour les 886 fiches de liaisons analysées. Ainsi, nous constatons que le critère le plus retrouvé était : *grossesse non ou mal suivie et/ou datation tardive*, retrouvée dans 320 liaisons (36,1% des liaisons) puis les deux suivants étaient sociaux : *non maîtrise de la langue française (oral)* avec 195 liaisons (22%), et *migrant.e.s et/ou réfugié.e.s et/ou demandeur.s d'asile* dans 189 liaisons (21,3%). Parmi les critères les plus retrouvés, nous avons également *âge maternel > ou = à 35 ans* (152 liaisons soit 17,2%), *hébergé.e.s ou en hôtel* (119 liaisons soit 13,4 %), *diabète antérieur ou diabète gestationnel* (114 liaisons soit 12,9%), *pas de couverture sociale ou de complémentaire/AME/sécurité sociale étrangère* (107 liaisons soit 12,1%), *aide à la parentalité et/ou à l'allaitement et/ou préparation à l'accouchement* (103 liaisons soit 11,6 %) et à quasi 10% : *problèmes conjugaux/rupture familiale/isolement* (88 liaisons soit 9,9%). Les motifs catégorisés dans « autres indications médicales, sociales et psy » ne correspondaient pas à un critère de vulnérabilité standardisé.

3.4. Information des familles

L'item *patiente informée ou non de l'intervention de la PMI* permet de mettre en avant à quelle fréquence la famille et/ou la patiente a eu l'information quant à la transmission des informations la concernant vers la PMI afin d'établir la liaison. Nous avons pu constater que la réponse à cet item était positive dans 58,5% (573 liaisons), négative dans 18,7 % (183 liaisons) et n'avait pas été remplie dans 22,8 % (soit 223 liaisons) c'est-à-dire que l'information n'avait pas été donnée ou que cela n'avait pas été tracé. En conclusion, dans 41,5 % des cas (soit plus d'un tiers), la liaison avec la PMI avait eu lieu alors que l'information n'avait pas été donnée ou qu'elle n'avait pas été retranscrite.

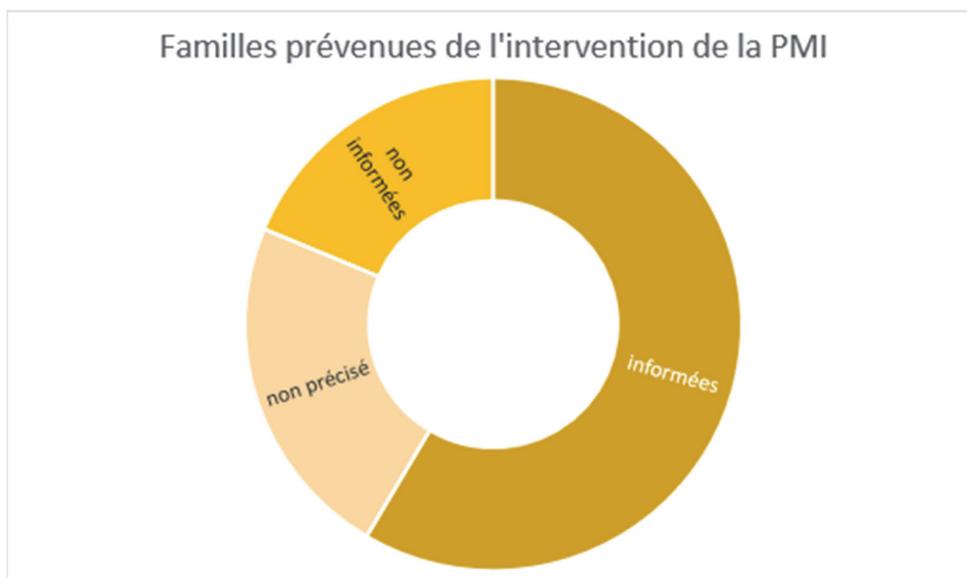


Figure 8 : représentation du nombre de familles informées de la liaison avec la PMI

3.5. Caractéristiques renseignées sur la population

Dans notre population, la moyenne d'âge maternel était de 27,11 [14-49] ans avec un écart-type de 7. La parité moyenne était de 1,97 [0-13] avec un écart-type de 1,8 et la gestité moyenne était de 3 [1-15] avec un écart-type de 2,2 (cf : tableau 6).

On retrouvait parmi ces femmes, 6,8% de mineures ; 10,1% de 18-19 ans (soit 16,9% de femmes de moins de 20 ans) et 17,8% de femmes de plus ou égal à 35 ans.

	ÂGE (19 valeurs manquantes)	GESTITE (61 valeurs manquantes)	PARITE (37 valeurs manquantes)
Moyenne	27,11	3,00	1,97
Médiane	27,00	2,00	1,50
Ecart-type	7,032	2,151	1,756
Minimum	14	1	0
Maximum	49	15	13

Tableau 6 : moyennes et médianes en pourcentage de l'âge maternel, la gestité et la parité.

Tableau 7 : Tranches d'âge selon les maternités :

	Mineure	18-19 ans	20 – 34 ans	+ ou = à 35 ans
Conception (sur 129)	4 = 3,1 %	13 = 10 %	91 = 70,5 %	21 = 16,3 %
Nord (sur 728)	56 = 7,8%	74 = 10,1 %	491 = 67,4 %	107 = 14,7 %
Beauregard (sur 22)	2 = 9%	2 = 9 %	11 = 50 %	7 = 31 %
Saint Joseph (sur 2)	0	0	2 = 100%	0
Bouchard (0)	0	0	0	0
En moyenne (sur 886 liaisons)	6,8 %	10,1 %	65,3 %	17,8 %

Les motifs de recours ont également permis de constater qu'au moins 18,9 % de ces femmes avaient des problèmes de logement (13,4% étaient hébergées et/ou en hôtel, 3,5% étaient SDF ou dans des logements insalubres, 2% en foyer d'accueil), au moins 17 % avaient un entourage fragile (9,9 % de famille isolée et/ou rupture familiale et/ou problèmes conjugaux et 7,1 % de familles monoparentales) et au moins 6,3% de ces femmes vivaient dans un environnement hostile (victimes ou suspicion de violences familiales).

3.6. Exhaustivité du remplissage des fiches de liaisons

Dans une optique d'amélioration des items d'une future fiche de liaison, nous avons regardé l'exhaustivité du remplissage de chaque item de la fiche de liaison et avons trouvé que la maternité émettrice était renseignée dans 99,3% des cas, le service émetteur dans 95,8%, le professionnel rédigeant la liaison dans 87,9% des cas.

Comme mentionné plus haut, la traçabilité de l'information donnée ou non à la patiente était à 77,2% (18,7% non renseigné).

Concernant les informations sur la patiente, l'identité était précisée dans 99,5% ; l'âge dans 98,1%, les coordonnées dans 98,9% pour l'adresse (y compris « SDF ») et 96,5% pour le téléphone, la parité dans 96,2%, la gestité dans 93,8%. Concernant sa grossesse, le nom du praticien suivant la grossesse était renseigné dans 40,6% des cas, la date de début de grossesse ou le terme prévu ou la date de début des règles (liaisons anté- et post-natales) étaient précisés dans 46,6%, la date d'accouchement (pour les post-natales) dans 80,9%. Les renseignements cliniques et/ou échographiques étaient complètes à 72,9% et partielles à 6,9% avec une différence entre les anciennes et nouvelles fiches, respectivement à 65,7% vs 80,8% pour l'information complète et 5,9% vs 6,4% pour l'information partielle. L'information sur les traitements toutes fiches confondues étaient données à 45,7%. La précision du type d'allaitement (maternel ou artificiel en post-natal) était de 63,5% dans les anciennes fiches et de 86,9% dans les nouvelles.

	Vue par l'assistante sociale	Vue par psychologue
OUI	34,7 %	17,2 %
NON	19,0 %	27,1 %
NON PRECISE	46,3 %	55,8 %

Concernant les propositions de prise en charge ; *patiente vue ou non par l'assistante sociale* était précisée dans 53,7 % ; *vue ou non par psychologue* était précisé dans 44,2 %.

Tableau 8 : Exhaustivité concernant la prise en charge sociale et psychologique déjà proposée.

Les propositions de prise en charge à venir (autre que le lien PMI) étaient précisées dans 70,9 % en anténatale (majoritairement 68,9% de *prochaine consultation*) et à 25,2% dans les liaisons post-natales.

Prise en charge à la sortie	Liaisons prénatales	Liaisons post-natales
Prochaine consultation	68,9 %	2,2%
Aucune PEC à la sortie	1,4 %	11,2 %
Prado à la sortie	0 %	0,6 %
SF libérale à la sortie	0,7 %	5,9 %
SF à la sortie	0 %	3,4 %
Non précisée	29,1 %	74,8% + 1,9% PMI précisé manuellement

Tableau 9 : exhaustivité concernant la prise en charge à la sortie autre que la liaison (nouvelles fiches)

Des informations supplémentaires (tout type d'information) sur la fiche de liaisons avaient été ajoutées par les sages-femmes des PMI antennes dans 37,8% des fiches de liaisons et ont été comptabilisées dans les résultats ci-dessus.

IV. DISCUSSION

Dans cette étude, nous avons cherché à analyser l'utilisation d'un dispositif de prévention médico-psycho-sociale en périnatalité entre professionnels de santé des maternités et de la PM de Marseille dans un but d'optimisation de ce dispositif pour une amélioration de la prise en charge des familles et du futur individu à venir et dans un souci de réduction des inégalités sociales de la santé.

4.1. Résultats principaux et interprétations :

4.1.1. Des familles plus vulnérables ...

En ce qui concernent les caractéristiques maternelles, l'âge moyen des mères de notre population était de 27,11 ans et la parité de 1,97 enfants. D'après l'INSEE, en 2018, l'âge moyen des mères à l'accouchement en France était de 30,6 ans et l'indice conjoncturel de fécondité de 1,87 enfants. Nos mères, étaient donc **en moyenne plus jeunes et avec plus d'enfants** que dans la population générale.

Le taux de maternités d'**âge précoce** (moins de 20 ans) était dans toute notre population de 16,9 %, bien plus élevé que dans toute la France, qui représentait 1,2 % des femmes (1,5% en intégrant les départements d'Outre-Mer) en 2018 (Insee) (48). Et le taux de maternités d'**âge tardif** (> ou = à 35 ans) dans toute notre population était de 17,8 %. Alors qu'il était de 7,8 % dans la population générale française en 2018 (avec Mayotte) toujours d'après l'Insee (49). En regardant par maternité marseillaise, on constate que parmi les grossesses d'âge extrême, Beauregard présentait en proportion plus importante de femmes > ou = à 35 ans (31 %) que de femmes de moins de 20 ans (18%). Pour La Conception, on retrouvait légèrement plus de femmes > ou = à 35 ans (16,3 %) que de moins de 20 ans (13,1 %) ; au contraire de l'Hôpital Nord où l'on retrouve dans notre population plus de femmes d'âge de moins de 20 ans (17,9 %) que de plus ou égal à 35 ans (14,7 %).

Cependant, on se rend compte que le motif de liaison *jeune âge maternel* est présent à seulement 5,4 % (annexe 8) alors que la proportion de 18 – 19 ans dans notre population était de 10,1 %, cette différence pourrait être liée au fait qu'il n'a pas toujours été cité comme un des motifs de liaison dans les fiches concernant ces patientes.

De plus, dans notre population, les vulnérabilités représentées sont notamment des **vulnérabilités médicales** avec 36,1% de grossesse non ou mal suivie et/ou de datation tardive et 12,1% de diabète gestationnel ou diabète antérieur à la grossesse, mais aussi **des vulnérabilités de situations administratives** avec 21 % de familles migrantes, en demande d'asile ou réfugiées (et 0,6 % en situation irrégulière) et 12 % sans sécurité sociale ou en cours ou ayant l'AME, la CMU ou un sécurité sociale étrangère, **des vulnérabilités sur l'autonomie et la communication** avec 22 % de famille ne maîtrisant pas la langue française (à l'oral) et 0,6 % n'ayant pas de moyen de communication comme le téléphone, 0,2 % ayant un accès restreint au transport au commun. On retrouve aussi une forte **vulnérabilité vis-à-vis de l'environnement de vie**, notamment sur le logement (13,4% étaient hébergées et/ou en hôtel, 3,5% étaient SDF ou dans des logements insalubres, 2% en foyer d'accueil), mais aussi **sur l'entourage** avec des familles isolées (9,9 %) et des familles monoparentales vues comme vulnérables (7,1%), et des femmes victimes ou suspectées de subir des violences intrafamiliales à 6,1 %. Mais il est possible que ce chiffre soit sous-estimé car d'après l'enquête Nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF) c'est 9,5 % des femmes qui subissent des violences conjugales sur 12 mois (50). Plusieurs raisons peuvent expliquer cette sous-estimation, en effet ce critère de vulnérabilité nécessite que la patiente déclare avoir subi des violences intrafamiliales ou que le rédacteur de la liaison suspecte les violences mais aussi qu'il ou elle le rapporte explicitement sur la fiche de liaison.

De manière générale, dans cette étude, la proportion de femmes ayant des critères de vulnérabilités doit être envisagée comme une sous-estimation de la proportion réelle.

Nous remarquerons également que certains motifs de liaison vus comme des critères de vulnérabilité sont en règle générale à relativiser car ils ne sont pas en eux-mêmes une vulnérabilité mais pourrait le devenir selon le contexte, c'est le cas par exemple d'une *non-maîtrise de la langue française*, ou encore d'une *famille monoparentale*. On pourrait peut-être parler de facteur de risque de vulnérabilité ?

4.1.2. ... Et qui accumulent des critères de vulnérabilités ...

Concernant les motifs de recours à la liaison, ils sont le plus souvent multiples et la double indication médico-sociale est majoritaire (47 %). On se rend compte que les critères de vulnérabilités sociaux sont présents dans 69 % des liaisons et sont cependant très rarement isolés (11% de motifs uniquement sociaux), ceci met en avant **l'importance des inégalités sociales de santé**.

Seulement 0,7 % des liaisons portaient un motif « autre » inclassable en critère de vulnérabilité et ce plutôt par imprécision du motif (*hospitalisation pour chute, patiente en demande de suivi PMI, hors PRADO x2, STAFF MPS, suivi vulnérabilité*) et 0,3% était sans motif décrit. Les liaisons contenant des motifs « autres » (médicaux, sociaux ou psy) que des critères de vulnérabilité standardisés n'étaient jamais des indications isolées et venaient bien souvent préciser et/ou accentuer un critère de vulnérabilité.

En regardant en détail, on constate que les 10 motifs et critères de vulnérabilité les plus fréquents sont essentiellement sociaux et médicaux (*grossesse mal suivie ou déclaration tardive, non maîtrise*

de la langue française (oral), famille migrante/réfugiée/demandeur d'asile, âge > ou = à 35 ans, famille hébergée ou en hôtel, diabète gestationnel ou diabète antérieur, pas de couverture sociale ou en cours/pas de complémentaire ou CMU/AME/sécurité étrangère, aide à la parentalité ou à l'allaitement ou PPO, problèmes conjugaux ou rupture familiale ou isolement, parité > ou = à 5). Cela laisse penser que les indications des liaisons maternité/PM via la fiche de liaison sont plutôt pertinentes même si chaque vulnérabilité est à recontextualiser et que parfois des critères de vulnérabilité étaient retrouvés également dans les caractéristiques descriptives de la patiente (coordonnées, âge, grossesses et parité...) plutôt que dans le motif de liaison.

Cependant, la proportion d'indications psy reste globalement bien plus faible que médicale et sociale (18,8 % des liaisons ont une indication psy : à 0,9% uniquement psy, 8,8% médico-psycho-sociale, 1,6 % psycho-sociale et 7,6 % médico-psy), alors que la période périnatale est connue comme une période de grande vulnérabilité psychologique, ceci pourrait s'expliquer par le fait que les patientes avec des vulnérabilités psycho-psychiatriques ne sont pas adressées en première intention à la PMI, sauf lorsqu'elles cumulent une vulnérabilité psy et des vulnérabilités médicales ou sociales (seulement 0,9% d'indication uniquement psy). En effet, la PMI étant plutôt considérée comme une structure médico-sociale par les professionnels des maternités.

4.1.3. Une hétérogénéité des pratiques selon les maternités

Concernant l'origine des liaisons, nous avons pu voir qu'elles émanaient à 82 % de l'Hôpital Nord. En effet, nous avons constaté dans les paragraphes précédents que les quartiers Nord de Marseille étaient des arrondissements avec probablement un fort taux de problématiques médico-psycho-sociales, lié à la précarité financière, d'emploi et de niveau d'étude, du nombre important de familles monoparentales mais c'est également, de manière plus atténuée, le cas du 1^{er} et 6^{ème} arrondissements qui concentrent une population très hétéroclite avec une inégalité interdécile des revenus la plus importante. Le 1^{er} arrondissement concentre également un fort taux de familles monoparentales, de précarité d'emploi et une part importante de non diplômés. Nous pensons alors que l'hôpital La Conception allait être également un fort émetteur de liaisons maternités/PM. La maternité de la Conception est, certes en 2^{ème} position des maternités émettrices de liaison mais cependant avec un rapport d'environ 1/5 en comparaison de la maternité de l'Hôpital Nord. Après discussion avec une des sages-femmes de PMI, il s'est avéré qu'elle constatait effectivement récupérer plus de fiches de liaison à l'Hôpital Nord, ce qui allait dans le sens de nos résultats. Une hypothèse possible serait qu'il existe un plus fort repérage de la PMI par le personnel de santé de l'Hôpital Nord et notamment avec le « suivi vulnérabilité » mis en place depuis plus de 7 ans maintenant. Effectivement, on retrouve plus de liaisons émanant des consultations pour l'Hôpital Nord que pour à La Conception, ce qui corroborerait notre hypothèse. De plus, après entretien avec des sages-femmes cadres de la Conception, elles mettent en avant leur collaboration étroite avec des sages-femmes de ville (instauration d'une sage-femme référente ville-hôpital), le système PRADO et la PASS, et donc pourraient plus facilement orienter vers d'autres partenaires que la PMI.

On constate toutefois que les maternités publiques sont en première place des maternités émettrices de liaisons. Ceci pourrait s'expliquer de plusieurs manières : l'accès financier des maternités publiques plus facile pour une population plus précaire, l'accès géographique des maternités privées ou semi-privées (Saint Joseph dans le 8^{ème}, Beauregard dans le 4^{ème}, Bouchard dans le 6^{ème}) en faveur de population de quartiers globalement plus riches et également un partenariat avec les services publics tel que la PMI plus récent et de ce fait, peut-être moins bien approprié par le personnel de ces maternités privées.

Par ailleurs dans cette étude, la maternité de l'Hôpital semi-privé Saint Joseph, qui est la première maternité marseillaise en nombre d'accouchements (4848 accouchements en 2018, chiffre de l'ARS) n'a émis que 2 liaisons maternité/PMI courant 2018. Outre les raisons citées ci-dessus, après rencontre avec les sages-femmes et puéricultrices de PMI, celles-ci disent que les liaisons établies sont essentiellement des liaisons post-natales à visée des puéricultrices et cela pourrait donc être l'explication. C'est aussi le cas de la maternité de la clinique Bouchard pour laquelle nous avons 0 liaison. Quant à la maternité de Beauregard, cette dernière a fait le choix d'une liaison essentiellement anténatale avec la PMI.

Quant aux services émetteurs des liaisons, nous avons constaté que majoritairement les liaisons émanaient des suites de couches pour les maternités publiques contrairement à la maternité de Beauregard pour laquelle les liaisons émanaient à 60% des consultations. Il est impossible d'avoir un résultat significatif pour Saint Joseph sur un effectif de liaisons trop petit (2 liaisons). Ces résultats concordent avec la proportion de liaisons post-natales faites par l'Hôpital Nord (62%) et La Conception (80%) et anténatales faite par Beauregard (80%). Pour Saint Joseph (100% en anténatal), les résultats sont effectivement non significatifs.

Ces résultats amènent à se poser la **question d'un repérage précoce** des problématiques médico-psycho-sociales et notamment lors de l'entretien prénatal précoce pour les hôpitaux publics et de **l'orientation vers la PMI**.

4.1.4. Un outil correctement utilisé ?

L'exhaustivité du remplissage des fiches de liaison nous paraissait globalement bon. Les critères de vulnérabilités étaient globalement retrouvés dans les motifs de liaison et les caractéristiques de la patiente (coordonnées, âge, grossesses et parité ...).

Un des points négatifs mis en évidence était le **manque de traçabilité d'information** de la patiente ou de la famille quant à la liaison avec la PMI et son intervention future dans 22,8% des cas soit environ une fiche sur cinq. De même que la liaison est parfois établie alors qu'il y a eu un refus de la patiente, c'est le cas dans 18,7 % des cas. Or le RGPD, revue en 2018, met l'accent sur la collecte et l'utilisation des données en France avec un renforcement des droits des personnes, une responsabilisation des acteurs traitant les données et une régularisation plus stricte par les autorités de protection des données. Il en découle donc, concernant le consentement, qu'il est nécessaire de l'obtenir et de le retranscrire sur la fiche de liaison avant d'établir la liaison.

Deux autres points de la fiche pour lesquels des éléments peuvent être fréquemment manquants étaient les informations concernant la grossesse (praticien suivant la grossesse, date de début de grossesse ou du terme prévu ou date de l'accouchement, informations cliniques et/ou échographiques, informations sur le traitement) et les prises en charge déjà proposées et/ou à proposer (notamment en postnatal) en plus de la liaison PMI. Toujours à la suite des discussions avec les sages-femmes cadres de la Conception et de l'Hôpital Nord, les informations concernant la grossesse sont possiblement moins détaillées sur la fiche de liaison car la patiente, à la sortie de la maternité, est en possession de son compte-rendu d'hospitalisation (pour le post-partum) où toutes les informations médicales sont notées.

4.2. Forces et faiblesses de l'étude

Une des forces de notre étude réside dans le fait qu'elle a été réalisée sur un grand nombre de liaisons, sur la globalité d'une année civile et sur plusieurs maternités marseillaises. Elle nous a permis de pouvoir étudier plusieurs paramètres de manière concomitante afin de cerner au mieux les dysfonctionnements de l'outil.

En revanche, étant donné que c'est une étude descriptive transversale, elle a un faible niveau de preuve scientifique et nous permet de faire des hypothèses sans pour autant établir de vrais liens de causalité entre les différents paramètres étudiés.

De plus, on retrouve dans cette étude un risque de biais :

- De sélection : en effet, concernant la temporalité anté- ou post-natales des fiches de liaison de Beauregard, c'est une décision volontaire de la maternité de n'émettre des fiches de liaison PM seulement (ou quasiment) en anténatal.
- De classement : avec une subjectivité de l'enquêteur dans le classement du motif de liaison en critère de vulnérabilité et des biais de mémorisation au moment du remplissage de la fiche de liaison par le professionnel de santé (erreurs de retranscription, oublis d'information, interprétations du rédacteur vis-à-vis des vulnérabilités).
- D'information : avec une grille d'analyse initialement basée sur une fiche de liaison (la plus ancienne) et réadaptée pour la deuxième fiche de liaison (voir chapitre matériel et méthode).

Aussi, nos résultats sont difficilement comparables aux revues de la littérature car ce dispositif n'a que très peu été étudié et reste utilisé de manière inhomogène dans toute la France, ce qui permet difficilement de conclure sur nos résultats.

Une faiblesse supplémentaire est que nous n'avons pas pu évaluer l'efficacité de l'intervention déclenchée par la liaison car nous ne disposons pas des informations sur les actions engendrées dans les suites de la transmission de la fiche de liaison.

4.3. Hypothèses d'optimisation

La liaison maternité/PM via la fiche de liaison représente un dispositif de prévention médico-psycho-sociale précieux pour le soutien et l'accompagnement des familles déjà vulnérables ou pour lesquelles l'arrivée d'un nouveau-né fragilise. Il est donc important de pouvoir améliorer l'outil, plusieurs pistes peuvent être envisagées.

Premièrement il serait important de sensibiliser tous les professionnels de santé (et pas seulement les sages-femmes) sur l'intérêt d'une liaison précoce (en anténatale plutôt qu'en postnatal) avec des interventions dans les maternités de l'étude et dans une optique d'homogénéiser les pratiques entre les maternités marseillaises. Il pourrait également être intéressant que des retours de la PMI sur les actions de prévention médico-sociale mises en place soient transmis aux équipes ayant émis la liaison afin de concrétiser pour ces derniers l'objectif de cette liaison et de stimuler leurs intérêts pour celle-ci. Dans le cas où la PMI n'a pas réussi à entrer en contact avec la patiente, cela permettrait à la maternité d'envisager d'autres possibilités, voire de faire une IP si la

situation était très préoccupante. Il est également important de la part de la PMI d'être claire sur la plus-value qu'elle apporte dans un suivi de grossesse de familles vulnérables pour éviter les liaisons « mal indiquées » mais aussi la stigmatisation d'un suivi à la PMI. Pour cela, elle pourrait prévoir des réunions d'information du personnel de santé dans les maternités.

Réactualiser la fiche de liaison pourrait être intéressant (groupe de travail sur ce sujet en cours à la PMI, voir annexe 10 : nouveau modèle de fiche de liaison) et la réévaluer régulièrement (outil informatique en cours de création s'aidant de ce travail, à la PMI, pour étude prospective informatisée). Si des communications supplémentaires devaient se faire entre maternités et PMI, il faudrait alors utiliser des messageries électroniques sécurisées (du genre MSS santé). Il serait peut-être également intéressant de créer un dossier partagé incluant la fiche de liaison, cela pourrait permettre une transmission plus simple, plus rapide et plus confidentielle sans perdre d'information.

Lier en postnatal les fiches de liaisons PM et PI aurait également du sens pour des prises en charge plus globales.

Proposer cet outil dans d'autres services que ceux déjà en place, notamment aux Urgences gynécologiques ou certaines patientes sans suivi de grossesse consultent en urgences, le motif *grossesse non ou mal suivie* serait d'autant plus pertinent et permettrait un rapprochement anténatal avec la PMI.

De même, nous avons pu constater que le deuxième motif le plus présent dans nos liaisons maternité/PM était la *non-maîtrise de la langue française*, qui est un critère de vulnérabilité relatif et pourrait être largement atténué en généralisant l'accès, pour les professionnels de santé et travailleurs sociaux, à des médiateurs en santé ou interprètes téléphoniques.

Dans un autre registre, il est important de noter que ce dispositif de prévention pourrait être utilisé dans d'autres situations qu'à la maternité. En effet, chaque médecin généraliste qui effectue ou non des suivis de grossesse pourrait être intéressé par cet outil, d'autant plus qu'il suit les patientes sur du long terme et est le médecin de famille, il est alors à même de dépister des vulnérabilités périnatales. Il manque parfois d'outil ou de réseau pour une coordination des soins avec des acteurs médico-psycho-sociaux. Cette fiche de liaison pourrait, par exemple, être transmise via l'Ordre des médecins aux médecins généralistes pour que ces derniers l'utilisent au quotidien et se mettent ainsi en lien avec la PMI (par messagerie sécurisée par exemple).

V. CONCLUSION :

Le dispositif de liaison maternité/PM est un réel outil de prévention médico-psycho-sociale disponible pour toutes les familles vulnérables et/ou fragilisées par l'arrivée d'un nouvel individu au sein des leurs. Il doit être vu comme un moyen de soutien à la maternité et à la parentalité, et permet sur du court et long terme de réduire les inégalités sociales de santé. Déjà utilisé par les maternités, il pourrait être optimisé et déployé pour tous les professionnels de santé en général. Ce travail de thèse avait pour but d'initier une volonté de réévaluation régulière du dispositif et une re-sensibilisation des professionnels de santé et du public concernant la PMI. Nous avons pu mettre en avant l'hétérogénéité des pratiques et les points essentiels à retravailler dans ce but, notamment pour une arrivée précoce de la PMI dans le suivi des femmes enceintes et des familles vulnérables. Or, notre travail concernait seulement son utilisation dans la ville de Marseille, il pourrait alors être envisagé pour la suite d'étendre ce travail au département des Bouches-du-Rhône voir à la région PACA.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Périnatalité [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>
2. Hublin J-J. Biologie de la culture, Paléanthropologie du genre Homo. « Leçon inaugurale » collège de France [Internet]. 2014 [cité 12 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.college-de-france.fr/site/jean-jacques-hublin/inaugural-lecture-2014-10-08-17h00.htm>
3. Selye H. The stress of life - New focal point for understanding accidents. *Ind Med Surg.* sept 1964;33:621-5.
4. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry.* 15 juin 2001;49(12):1023-39.
5. Miller GE, Chen E, Parker KJ. Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychol Bull.* nov 2011;137(6):959-97.
6. Perroud N. Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques. *Inf Psychiatr.* 28 nov 2014;Volume 90(9):733-9.
7. Rasool M, Malik A, Naseer MI, Manan A, Ansari S, Begum I, et al. The role of epigenetics in personalized medicine: challenges and opportunities. *BMC Med Genomics.* 2015;8 Suppl 1:S5.
8. Petronis A. The origin of schizophrenia: genetic thesis, epigenetic antithesis, and resolving synthesis. *Biol Psychiatry.* 15 mai 2004;55(10):965-70.
9. Esteller M. Epigenetics in cancer. *N Engl J Med.* 13 mars 2008;358(11):1148-59.
10. Mehler MF. Epigenetics and the nervous system. *Ann Neurol.* déc 2008;64(6):602-17.
11. Richardson B. Primer: epigenetics of autoimmunity. *Nat Clin Pract Rheumatol.* sept 2007;3(9):521-7.
12. Feinberg AP. Phenotypic plasticity and the epigenetics of human disease. *Nature.* 24 mai 2007;447(7143):433-40.
13. Jirtle RL, Skinner MK. Environmental epigenomics and disease susceptibility. *Nat Rev Genet.* avr 2007;8(4):253-62.
14. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet Lond Engl.* 9 sept 1989;2(8663):577-80.
15. Sartori C, Rexhaj E, Rimoldi SF, Allemann Y, Scherrer U. Fetal programming of cardiovascular disease: new causes and underlying mechanisms. *Rev Med Suisse.* 12 sept 2012;8(353):1716, 1718-24.
16. Duijts L. Fetal and infant origins of asthma. *Eur J Epidemiol.* janv 2012;27(1):5-14.
17. Perroud N, Rutembesa E, Paoloni-Giacobino A, Mutabaruka J, Mutesa L, Stenz L, et al. The Tutsi genocide and transgenerational transmission of maternal stress: epigenetics and biology of the HPA axis. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* mai 2014;15(4):334-45.
18. Barua S, Junaid MA. Lifestyle, pregnancy and epigenetic effects. *Epigenomics.* 2015;7(1):85-102.
19. Chiapperino L, Panese F, Simeoni U. L'épigénétique et le concept DOHaD. Vers de nouvelles temporalités de la médecine « personnalisée » ? *Rev Med Suisse.* 2 janv 2017;13(548):334-6.
20. L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 2 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>

21. Lopez Alain, Moleux Marguerite, Schaetzel Françoise, Scotton Claire. Les inégalités sociales de santé dans l'enfance. Inspection générale des affaires sociales; 2011 mai. Report No.: RM2011-065P.
22. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet Lond Engl*. 5 janv 2008;371(9606):75-84.
23. E. Azria, Z. Stewart, C. Gonthier, C. Estellat, C. Deneux-Tharoux. Inégalités sociales de santé maternelle. oct 2015;43(10):676-82.
24. Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol*. juill 2000;14(3):194-210.
25. Laugier O, Garcia P, Boucékine B, Daguzan A, Tardieu S, Sambuc S, et al. Influence of Socioeconomic Context on the Rehospitalization Rates of Infants Born Preterm. *J Pediatr*. 1 nov 2017;190:174-9.
26. O'Campo P, Burke JG, Culhane J, Elo IT, Eyster, Holzman C, et al. Neighborhood deprivation and preterm birth among non-Hispanic Black and White women in eight geographic areas in the United States. *Am J Epidemiol*. 15 janv 2008;167(2):155-63.
27. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes - Etudes et Résultats. DREES; 2006 avr. Report No.: 481.
28. Sass C, Guéguen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C, et al. Comparison of the individual deprivation index of the French Health Examination Centres and the administrative definition of deprivation. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. déc 2006;18(4):513-22.
29. Hamelin-Brabant L, de Montigny F, Roch G, Deshaies M-H, Mbourou-Azizah G, Da Silva RB, et al. Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : une revue de la littérature. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. févr 2015;27(1):27-37.
30. Bernard O. Inégalité sociale de santé et périnatalité : évolution de la place de la pmi. *Spirale*. 5 juill 2016;N° 78(2):45-52.
31. Equipe projet du schéma PMI Ile et Vilaine. Le schéma départemental « Protection Maternelle et Infantile » 2016-2019 [Internet]. [cité 3 août 2020]. Disponible sur: https://www.mdp35.fr/sites/default/files/compresse/schema_pmi_2016_2021.pdf
32. Delour M. Protection maternelle et infantile : historique et perspectives. *Arch Pédiatrie*. mai 2013;20(5):H21-2.
33. Buonalana K. Les liaisons post-natales maternité/PMI : étude épidémiologique descriptive d'un dispositif de soutien à la parentalité mis en place dans la ville de Marseille par le Conseil départementale des Bouches-du-Rhône. 26 oct 2018 [cité 7 août 2019]; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02089259>
34. Brun A. Évaluation du dispositif PRADO, sortie standard de maternité, au sein de la pratique des sages-femmes libérales: étude menée auprès de 76 sages-femmes libérales exerçant en Auvergne. :106.
35. Hascoët J-M, Petitprez K. Maternal discharge: conditions and organization for mothers and newborns returning home. The French National Authority for Health recommendations update. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr*. sept 2014;21(9):1053-9.
36. Convention Relative au Dispositif de Partenariat Périnatal de Prévention entre le Département des bouches-du-Rhône et l'Hopital privé Beauregard. 2019.
37. Comparateur de territoire – Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-13055>
38. Dossier complet – Commune de Marseille (13055) | Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13055#graphique-FAM_G1

39. Ménage – Famille – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://insee.fr/fr/statistiques/4277630?sommaire=4318291&q=familles+monoparentales#tableau-figure6>
40. Dossier complet – Département de Paris (75) | Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-75>
41. Dossier complet – Commune de Lyon (69123) | Insee [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-69123>
42. CCAS. Analyse des Besoins Sociaux à Marseille - 2018 [Internet]. [cité 11 août 2020]. Disponible sur: <https://www.ccas-marseille.fr/ccas/abs-ccas-marseille-2018.pdf>
43. McKee M, Reeves A, Clair A, Stuckler D. Living on the edge: precariousness and why it matters for health. Arch Public Health Arch Belg Sante Publique. 2017;75:13.
44. Les centres de planification ou d'éducation familiale | IVG.GOUV.FR - N°Vert 0800 08 11 11 [Internet]. [cité 23 nov 2020]. Disponible sur: <https://ivg.gouv.fr/les-centres-de-planification-ou-d-education-familiale-13753.html#bouchesdurhone>
45. Les Maisons Départementales de la Solidarité [Internet]. [cité 1 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.departement13.fr/nos-actions/sante/les-lieux/les-maisons-departementales-de-la-solidarite/>
46. Conseil général des Bouches-du-Rhône. Groupe de travail n° 1 : La prévention précoce en périnatalité. 2009 juin.
47. Azria E. Social inequalities in perinatal health. Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr. oct 2015;22(10):1078-85.
48. Insee. 759 000 nouveau-nés en France en 2018 : seulement 12 000 ont une mère de moins de 20 ans – Les naissances en 2018 [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4211194?sommaire=4190525>
49. Insee. Natalité – Fécondité – Tableaux de l'économie française [Internet]. [cité 20 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277635?sommaire=4318291>
50. Fougeyrollas-Schwebel D, Jaspard M. Violences envers les femmes : démarches et recours des victimes. Les apports de l'enquête ENVEFF. Arch Polit Criminelle. 2002;n° 24(1):123-46.
51. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Haute Autorité de Santé - service des bonnes pratiques professionnelles; 2009 déc.

VII. ANNEXES

Annexe 1

Grilles d'évaluation des critères de vulnérabilité en périnatalité amenant une orientation vers les SF PMI-PS de la Haute-Savoie (mars 2018)

① Grille d'évaluation des critères de vulnérabilité en prénatal Amenant une orientation vers les sages-femmes PMI-PS Haute-Savoie

Somme ≥ 4

⇒ orientation de la femme vers la sage-femme de PMI-PS

Utilisé dès EPP et tout le long de la grossesse

Indicateurs de vulnérabilité amenant, à eux seuls, à une orientation vers la sage-femme PMI-PS	Jeune fille Mineure	4
	Grossesse mal suivie	4
	Accouchement prévu dans le secret	4
	Pathologie psychiatrique / déficience intellectuelle	4
	Situation médico-psycho- sociale complexe	4
	ATCD Placement ASE (Femme elle-même, parents et/ou fratrie)	4
	Violences conjugales	4
Soutien familial et social	En couple, soutien familial et amical	0
	Futur père absent, soutien familial ou amical restreint	1
	Aucune personne	2
	Isolement géographique	2
Ressources	Revenus réguliers	0
	Revenus irréguliers, prestations sociales et autres	1
	Aucune. Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier	2
Couverture médicale	Avec complémentaire	0
	Sans complémentaire, CMU, AME ou PASS	1
	Aucune couverture médicale. Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier	2
Consommation de produits toxiques	Tabac pendant la grossesse	1
	Nombre de cigarettes / jour :	
	Cannabis pendant la grossesse	1
	Nombre de joints / semaine:	
	Alcool pendant la grossesse	1
	Nombre de verres / semaine:	
	Autres drogues, médicaments	1
	Traitement substitutif	1
	Tabac, Alcool, Toxicomanie chez le conjoint et/ou l'entourage	1
	Consommation en fin de grossesse :	
Critères et antécédents obstétricaux	Aucun ATCD	0
	ATCD de déni de grossesse	1
	Découverte tardive de grossesse (> 15 SA)	2
	ATCD Mort Fœtale In Utéro, Interruption Médicale de Grossesse	2
	Grossesses rapprochées (moins de 6 mois après la précédente naissance)	2
	Parité supérieure ou égale à 5	2
	Poursuite de la grossesse après demande d'IVG	3
SOMME DES COTATIONS : V =		

② Grille d'évaluation des critères de vulnérabilité en **postnatal** Amenant une orientation vers les sages-femmes PMI-PS Haute-Savoie

Somme ≥ 4
 ⇒ orientation de la femme vers la sage-femme de PMI-PS

Utilisé pendant séjour maternité ou suivi post-natal

Indicateurs de vulnérabilité amenant, à eux seuls, à une orientation vers la sage-femme PMI-PS	Femme suivie en PRE-NATAL en PMI	4
	Jeune fille Mineure	4
	Grossesse mal suivie	4
	Déni de grossesse	4
	Accouchement dans le secret	4
	Pathologie psychiatrique / déficience intellectuelle	4
	Mère présentant un baby blues exagéré ou une décompensation psychiatrique pendant le séjour	4
	Troubles de l'attachement et du lien mère-enfant visibles pendant le séjour à la maternité	4
	Situation médico-psycho- sociale complexe	4
	ATCD Placement ASE (femme elle-même, parents et/ou fratrie)	4
	Violences conjugales	4
Soutien familial et social	En couple, soutien familial et amical	0
	Futur père absent, soutien familial ou amical restreint	1
	Aucune personne	2
	Isolement géographique	2
Ressources	Revenus réguliers	0
	Revenus irréguliers, prestations sociales et autres	1
	Aucune. <i>Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier</i>	2
Couverture médicale	Avec complémentaire	0
	Sans complémentaire, CMU, AME ou PASS	1
	Aucune couverture médicale. <i>Orientation vers le service social de secteur et/ou hospitalier</i>	2
Critères obstétricaux et accouchement	Syndrome de sevrage dépisté chez le nouveau-né sans que l'on ait connaissance de toxicomanie chez la mère pendant la grossesse	3
	Fausse couche, Mort Fœtale In Utéro, Interruption Médicale de Grossesse	3
	Enfant transféré en néonatalogie	3
	Mère transférée en post natal en réanimation adulte	3
	Très mauvais vécu de l'accouchement,	3
	L'annonce d'un handicap chez le nouveau-né découvert à la naissance	2
	Grossesses rapprochées (moins d'1 an après la précédente naissance)	2
Parité supérieure ou égale à 5	2	
SOMME DES COTATIONS : V =		

Encadré 4. Définition et liste des principaux facteurs de vulnérabilité

► Définition de la vulnérabilité

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

► Principaux facteurs de vulnérabilité

- *Les antécédents obstétricaux mal vécus* : précédente grossesse ou naissance compliquée ou douloureuse.
- *Les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple* : avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage.
- *La violence domestique*, en particulier conjugale.
- *Le stress* traduit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception personnelle à la fois des exigences de la situation et de ses capacités.
- *L'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte.
- *Les troubles du sommeil du début de grossesse* peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression.
- *Un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités.
- *La dépression du post-partum* est fréquente. Selon les études, sa prévalence varie de 3 à 10 % selon le moment du *post-partum* où elle est étudiée. Elle se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*), son utilisation avant la naissance n'est pas recommandée.
- *La dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraîne des effets néfastes physiques ou psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né qu'il convient d'anticiper.
- *La précarité* est l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- *Le risque social* est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources disponibles financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- *La naissance à haut risque psycho-affectif* après l'annonce pré et postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

Annexe 3 :

Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité

Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant (CNNSE), 2014

Troisième objectif : identification des femmes en situation de vulnérabilité

- Attention à la stigmatisation lors de l'identification de ces femmes en situations de vulnérabilité
- Objectif = organiser au plus vite une prise en charge
- Nécessité d'un lien de confiance

① Proposition d'intégration d'items au dossier obstétrical

- **De 0 à 16 : plus le score est élevé, plus la précarité est avérée.**

- AUTONOMIE/ENVIRONNEMENT

○ Barrière linguistique :

Ne parle pas français	2
Parle français, ne sait ni lire, ni écrire	1
Parle français, sait lire et écrire	0

○ Environnement :

Aucune personne (impossibilité de désigner une personne de confiance ; par exemple jeune majeure en situation de rupture familiale ou dans un contexte d'immigration récente)	2
Père absent, soutien familial ou amical restreint	1
En couple, soutien familial et amical	0

○ Transport :

Aucun moyen de transport propre ou en commun	2
Possibilité de transport en commun, mais difficulté financière pour payer le trajet ou possibilité de l'aide de l'entourage de manière aléatoire	1
Accès aux transports pour se rendre en consultation sans difficultés	0

- MOYENS D'EXISTENCE

○ Hébergement :

Aucun hébergement, hébergement instable	2
Hébergement précaire mais stable	1
Hébergement autonome	0

○ Ressources :

Aucune ressource	2
Ressource prestations sociales et autres	1
Salaire	0

- SUIVI ANTERIEUR

○ Ouverture des droits

Aucune couverture médicale	2
Couverture médicale sans complémentaire	1
Couverture médicale avec complémentaire	0

○ Médecin ou sage-femme de ville

Aucun contact antérieur avec un médecin ou une SF de ville	2
Contact antérieur avec un médecin ou une SF, mais suivi rompu (changement d'hébergement, anxiété et en cas d'instabilité d'hébergement, ou rupture familiale)	1
Médecin ou sage-femme	0

○ Suivi de grossesse

Pas de déclaration de grossesse, pas de suivi	2
Déclaration tardive de grossesse avec suivi irrégulier	1
Suivi régulier de grossesse	0

② Indicateurs de vigilance

- Addictions : tabac/alcool/toxicomanie/médicaments/autres
- Vulnérabilité psychique
- Victime de violence
- Mode d'alimentation
- Moyen de transport
- Moyen de communication : téléphone, domiciliation...
- Etat de santé général de la femme enceinte (notamment soins dentaires) et de ses enfants nés auparavant.

Annexe 4 : Définition du **bas risque** médical, psychique et social défini par l’HAS permettant une sortie standard ou précoce avec un accompagnement défini dans les recommandations de l’HAS

Tableau I
Définition du bas risque maternel pour un retour à domicile après une durée de séjour standard ou précoce (particularités précisées en italique).

Critères de bas risque maternel	
1	Absence de situation de vulnérabilité psychique ^a , sociale ^b , de conduites d’addictions et de dépendances sévères
2	Soutien familial et/ou social adéquat
3	Absence de pathologie chronique mal équilibrée
4	Absence de complications ou pathologies nécessitant une observation ou un traitement médical continu
5	Si hémorragie de la délivrance, celle-ci a été contrôlée et traitée (si nécessaire) OU : <i>absence d’hémorragie de la délivrance sévère^{c, d}</i>
6	Absence d’infection évolutive ou de signes d’infection
7	Absence de signes thromboemboliques
8	Douleur contrôlée
9	Instauration d’un lien mère-enfant de bonne qualité OU : <i>interaction mère-enfant de bonne qualité et accord de la mère et/ou du couple^d</i>

^a Instabilité psychique, antécédents de dépression du post-partum, prise de psychotropes, lien mère-enfant perturbé, manque d’autonomie pour réaliser les soins de base, déficience mentale. . .).

^b Mineure, précarité, logement non adéquat, etc.

^c Pertes sanguines estimées supérieures à 1500 cm³, transfusion de produits sanguins labiles, embolisation artérielle, nécessité de procédures chirurgicales.

^d En cas de sortie précoce avant 72 h si accouchement par voie basse et avant 96 h si césarienne.

Tableau II
Définition du bas risque pédiatrique pour un retour à domicile après une durée de séjour standard ou précoce (particularités précisées en italique).

Critères de bas risque néonatal	
1	Nouveau-né à terme ≥ 37 SA (≥ 38 SA ^b), singleton et eutrophique
2	Examen clinique normal ^a réalisé impérativement après 48 h et avant la sortie OU : <i>examen clinique normal^a le jour de la sortie ET Apgar ≥ 7 à 5 min^b</i>
3	Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
4	Alimentation établie (si allaitement : observation d’au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, <i>spontanément^b</i> , transit établi ET <i>vitamine K1 donnée^b</i>
5	Perte de poids $< 8\%$ par rapport au poids de naissance
6	Absence d’ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d’indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (bas risque et risque intermédiaire bas ; OU : <i>bas risque uniquement^b</i>)
7	Absence d’éléments cliniques ou paracliniques en faveur d’une infection ; si facteurs de risque : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
8	Dépistages néonataux réalisés à la maternité OU : <i>organisés par la maternité et leur traçabilité assurée^b</i>
9	Suivi post-partum après la sortie planifié : un rendez-vous est pris avec le professionnel référent du suivi dans la semaine suivant la sortie, si possible dans les 48 heures suivant cette sortie OU : <i>1^{re} visite prévue dans les 24 h après la sortie^b</i>

^a Dont stabilité des fonctions vitales : fréquence respiratoire < 60 /min fréquence cardiaque > 90 et < 170 /min au repos.

^b En cas de sortie précoce soit < 72 h si accouchement par voie basse et < 96 h si césarienne.

Suivi préconisé :

Le nouveau-né doit bénéficier de 2 examens à la maternité : un examen dans les 2 heures suivant sa naissance (par une sage-femme ou un pédiatre) et un examen (par un pédiatre impérativement) avant la sortie de la maternité mais après un minimum de 48 heures de vie.

Il est recommandé qu’un nouvel examen soit réalisé entre le 6^{ème} et le 10^{ème} jour postnatal, de préférence par un pédiatre ou un médecin généraliste. Enfin, au cours de la deuxième semaine de vie, l’examen du nouveau-né peut être complété par la visite du professionnel référent du suivi (sage-femme libérale ou de PMI, puéricultrice).

Annexe 5 : Rappel sur les différents types de maternités (51) :

► Les maternités de type I

Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs. Elles assurent la prise en charge permanente :

- de la grossesse avec le dépistage des facteurs de risque ;
- de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance ;
- du suivi des nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement.

Elles ont la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

► Les maternités de type II

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I.

Elles disposent également d'une unité de néonatalogie (type IIA), voire d'un secteur de soins intensifs néonataux (type IIB) qui peut accueillir des enfants nés dans l'établissement ou dans un autre établissement, et où sont assurés la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

Les maternités de type II (permettant les soins intensifs de néonatalogie) peuvent prendre en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA et de plus de 1 500 grammes, en l'absence de pathologies fœtales ou un peu avant.

► Les maternités de type III

Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II. Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

Les grands prématurés et les grands hypotrophes bénéficient d'une naissance dans une maternité de type III afin de diminuer les risques de mortalité et de morbidité. Leur orientation et leur « transfert in utero » sont la première motivation du fonctionnement en réseau de santé périnatale. Selon les usages, les seuils de prise en charge peuvent se faire à moins de 32 SA ou au-dessous de 1 500 grammes.

Ces critères peuvent varier avec le temps et les conditions spécifiques de chaque maternité, selon les protocoles et conventions établis au sein du réseau périnatal.



MATERNITÉ

FICHE DE LIAISON SAGE FEMME PMI

Date : / /

Nom JF :	ADRESSE :
Nom Épouse :
Prénom :
Date de naissance :	Téléphone :

• Origine de la liaison :

- Bloc d'accouchement
- Consultations
- Suites de couches

- Hôpital de jour
- Hospitalisation

Date dernière consultation ou hospitalisation / /

Nom du médecin obstétricien :

Nom de la sage-femme hospitalière :

PATIENTE PRÉVENUE DE L'INTERVENTION DE LA PMI : oui non

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

G : P : DG : Suites de couches

• Motif(s) de la liaison :

.....
.....
.....

• Examen clinique, échographie :

.....
.....
.....

• Traitement :

.....
.....
.....

Vue par l'assistante sociale : oui non

Vue par la psychologue : oui non

Surveillance spécifique préconisée

Rythme des visites / semaine

Monitoring

Accompagnement psycho-social

Autres

Date de la prochaine consultation à la maternité : / /

Édition 2011



MATERNITÉ

FICHE DE LIAISON SF PMI

Étiquette :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Origine de la liaison : Médecin ou la sage-femme rédigeant la liaison :

Service à l'origine de la liaison (entourer) : Bloc consultation HDJ SOC GRE Staff du :

Patiente prévenue de l'intervention de la PMI : Oui Non

Assistante sociale hospitalière : informée refusée suivi en cours Par :

Psychologue / Pédiatre / Pédopsychiatre : informée refusée suivi en cours Par :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX GP : Praticien suivant la grossesse

DG : TP :

Accouchement le VB VB instrumentale Césarienne

Nouveau-né : Nom/Prénom Allaitement Poids :

Déroulement de la grossesse et/ou de l'accouchement :

Déroulement/pathologies :

ATCD

Traitement/contraception :

MOTIF DE LA LIAISON : Monito prescription le

Accompagnement psycho-social demandé : oui ou non

Monitoring (max. 2/semaines) ordonnance donnée à la patiente

Autre :

Prise en charge à la sortie :

Prochaine consultation à la maternité

Prado Sf Libérale Aucune à ce jour

le..... avec

... / ...

Annexe 8 : tableau de synthèse des critères de vulnérabilité en périnatalité

Vulnérabilités médicales obstétricales
MAP/ prééclampsie
HTA
Diabète/ diabète gestationnel
Utérus cicatriciel
Anomalie de la placentation
ATCD de MAP/prééclampsie
ATCD d'HTA
ATCD de diabète/diabète gestationnel
Grossesse gémellaire
Grossesses rapprochées (moins ou 1 an d'écart)
Mère transférée en post-natal en réa adulte
Complications péri- ou post-accouchement à surveiller
Mutilation sexuelle féminine
Âge > ou = 35 ans
Procréation médicalement assistée
ATCD obstétrical autre

Vulnérabilités médicales fœtales
RCIU/PAG/anomalie EPF
Prématurité
Naissance à haut risque psycho-affectif (annonce ou suspicion pré ou post-natale d'une maladie, malformation ou handicap)
Fausse couche, mort fœtale in utéro, IMG
ATCD de RCIU/PAG/naissance à haut risque psycho-affectif/IMG/mort fœtale in utéro ou décès précoce
Nouveau-né hospitalisé en néonatalogie

Vulnérabilités médicales autres
Grossesse non ou mal suivie, datation tardive
Refus d'hospitalisation/ refus de soins/sortie contre avis médical
Trouble du lien parent-enfant visible pendant le séjour à la maternité ou surveillance à faire/ négligence du bébé/ IP faite ou en cours
Aide à la parentalité/ à l'allaitement/PPO

Vulnérabilités médicales non obstétricales
Sérologie positive HIV ou hépatite
Asthénie intense dans le post-partum
ATCD de pathologie maternelle (cancer, maladie chronique, auto-immune, handicap, IU à répétition)
État de santé général de la mère bas (dentaire...)

Vulnérabilités psy
Vulnérabilité psychologique/pathologie psychiatrique/ sous tutelle/curatelle
Épisode dépressif pendant la grossesse ou dépression du post partum ou trouble du sommeil en début de grossesse
Stress, anxiété, angoisse
Vécu traumatique de l'accouchement actuel ou enfant antérieur
Toxicomanie/addiction (tabac, alcool, drogue, médicament)
Volonté initiale d'IVG/grossesse non désirée/ possibilité accouchement sous X

Vulnérabilités sociales
Précarité socio-économique
Violences intra familiales ou suspicion
Ayant un enfant handicapé
ATCD placement ASE (dans le couple et l'entourage familial) /garde retirée/ mesure AEMO
Problèmes conjugaux/rupture familiale/isolement
Monoparentalité
Migrant.e.s/réfugié.e.s/demandeur.s d'asile
Situation irrégulière dans le couple
Non maîtrise de la langue (oral)
Pas de couverture sociale ou en cours/sans complémentaire/CMU/AME/sécu étrangère
Hébergé.e.s/hotel
Mal logé.e.s/SDF
Foyer d'accueil
Accès aux transports propres ou en commun restreint
Mode d'alimentation
Bas niveau d'étude
Femme connue ou suivie en prénatal par la PMI
Mineure
Jeune âge maternel
Moyen de communication diminué (pas de téléphone...)
Parité > ou = à 5
Handicap social d'un des deux parents

Annexe 9 : tableau de fréquence pour chaque critère de vulnérabilité

Critère	Effectif (n)	Fréquence (%)
Grossesse non ou mal suivie, datation tardive	320	36,1
Non maîtrise de la langue (oral)	195	22,0
migrant.e.s/réfugié.e.s/demandeur.s d'asile	189	21,3
Âge > ou = 35 ans	152	17,2
hébergé.e.s/hôtel	119	13,4
Diabète/ diabète gestationnel	114	12,9
Pas de couverture sociale ou en cours/sans complémentaire ou CMU/AME/sécu étrangère	107	12,1
aide à la parentalité/ à l'allaitement/PPO	103	11,6
Problèmes conjugaux/rupture familiale/isolément	88	9,9
parité > ou = à 5	82	9,3
autre médical	81	9,1
complications péri ou post accouchement à surveiller	81	9,1
utérus cicatriciel	67	7,6
toxicomanie/addiction (tabac, alcool, drogue, médicament)	65	7,3
monoparentalité	63	7,1
précarité socio-économique	62	7,0
mineure	61	6,9
violences intra familiales ou suspicion	56	6,3
vulnérabilité psychologique/pathologie psychiatrique/ sous tutelle/curatelle	54	6,1
volonté initiale d'IVG/grossesse non désirée/ possibilité accouchement sous X	51	5,7
MAP/ prééclampsie	50	5,6
RCIU/PAG/anomalie EPF	49	5,5
jeune âge maternel	48	5,4
refus d'hospitalisation/ refus de soins/sortie contre avis médical	45	5,1
ATCD de pathologie maternelle (cancer, maladie chronique, auto-immune, handicap, IU à répétition)	43	4,9
naissance à haut risque psycho-affectif (annonce ou suspicion pré ou post-natale d'une maladie, malformation ou handicap)	39	4,4
ATCD de RCIU/PAG/naissance à haut risque psycho-affectif/IMG/mort fœtale in utéro ou décès précoce	35	4,0
nouveau-né hospitalisé en néonatalogie	34	3,8
autre obstétrical	32	3,6
autre social	32	3,6
mal logé.e.s/SDF	31	3,5
trouble du lien parent-enfant visible pendant le séjour à la maternité ou surveillance à faire/ négligence du bébé/ IP faite ou en cours	31	3,5
femme connue ou suivie en pré-natal par la PMI	30	3,4
prématurité	24	2,7
stress, anxiété, angoisse	19	2,1
foyer d'accueil	18	2,0
HTA	18	2,0
autre fœtal	17	1,9
mutilation sexuelle féminine	14	1,6
ATCD placement ASE (dans le couple et l'entourage familial) / garde retirée / mesures AEMO en place	14	1,6
grossesses rapprochées (moins ou 1 an d'écart)	13	1,5

ayant un enfant handicapé	11	1,2
épisode dépressif pendant la grossesse ou dépression du post partum ou trouble du sommeil en début de grossesse	10	1,1
grossesse gémellaire	10	1,1
Fausse couche, mort fœtale in utéro, IMG	9	1,0
handicap social d'un des deux parents	9	1,0
sérologie positive HIV ou hépatite	8	0,9
ATCD de diabète/diabète gestationnel	7	0,8
ATCD de MAP/prééclampsie	7	0,8
moyen de communication diminué (pas de téléphone...)	5	0,6
situation irrégulière dans le couple	5	0,6
Vécu traumatique de l'accouchement actuel ou enfant antérieur	5	0,6
ATCD obstétrical autre	5	0,6
anomalie de la placentation	4	0,5
mode d'alimentation	4	0,5
ATCD d'HTA	3	0,3
mère transférée en post-natal en réa adulte	3	0,3
accès aux transports propres ou en commun restreint	2	0,2
asthénie intense dans le post-partum	2	0,2
bas niveau d'étude	1	0,1
état de santé général de la mère (dentaire...)	1	0,1
procréation médicalement assistée	1	0,1



Direction de la Protection Maternelle et Infantile

FICHE DE LIAISON POUR LA SAGE-FEMME EN PM

Rédigée avec consentement de la patiente

MATERNITE :

Date de la rédaction :

par :

Date de récupération :

par :

Etiquette Patiente

Adresse :

Numéro de Téléphone :

Consentement à l'intervention de la PMI oui Non – Raison :

Service à l'origine de la liaison : Bloc Consultation Hdj GRE
 Staff Urgences gynéco Sdc Autre-préciser

Vue par : Assistante sociale Pédiatre Psychiatre adulte Pédopsychiatre Psychologue

ANTE NATAL

Suivi de grossesse par : SF : Gynéco :

G : P : DG :

TP :

Motifs de la liaison :

Prescription de **Monitorings** (2 max / semaine) + joindre une ordonnance :

oui, combien : non

Prochain Rdv à la maternité : le : avec : pour :

POST NATAL

Accouchement Date :

Terme :

VB VB instrumentale Césarienne

NNé Nom – Prénom : Poids de Naissance :

Sexe F M

Allaitement : Maternel Artificiel

Date de sortie :

Contraception à la sortie :

Prado : oui non

Liaison PI : oui non

Motifs de la liaison :

Annexe 11 : Travail parallèle au Conseil Départemental sur la domiciliation des patientes ayant bénéficiées du liaison maternité/PM des maternités marseillaises en 2018

Arrondissement	Nbre de liaison
1 ^{er}	63
2 ^e	16
3 ^e	159
4 ^e / 12 ^e	27
5 ^e / 7 ^e	11
6 ^e / 8 ^e	15
9 ^e / 10 ^e	23
11 ^e	6
13 ^e	68
14 ^e	189
15 ^e	101
15 ^e / 16 ^e	203
SDF	24
Hors Marseille	124
Total	1029

VIII. ABRÉVIATIONS :

AEMO : Action éducative en milieu ouvert

AME : Aide Médicale d'Etat

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : aide sociale à l'enfance

ATCD : antécédant

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNNSE : Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant

CPEF : Centre de Planification ou d'Education Familial

DG : Début de Grossesse

Dispositif D3P : dispositif Partenariat Périnatal de prévention

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DOHaD : Developmental Origins of Health and Disease

ENVEFF : Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France

EPF : Estimation du Poids Foetal

EPP : Entretien Prénatal Précoce

GRE : Grossesse à Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

HIV : Human Immunodeficiency Virus

HHS : Hypothalamo-Hypophysaire-Surrénalien

HTA : Hypertension Artérielle

IMC : Indice de Masse Corporel

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IP : Information Préoccupante

IU : Infection Urinaire

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MDS : Maison De la Solidarité

MPS : Médico-Psycho-Social

PAG : Poids pour l'âge gestationnel

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PEC : prise en charge

PI : Protection Infantile

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PM : Protection Maternelle

PPO : Psychoprophylaxie Obstétricale

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SDC : Suites De Couches

SDF : Sans Domicile Fixe

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RSA : Revenu de la Solidarité Active

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-femme

TISF : Technicien d'Intervention Sociale et Familiale

TP : Terme Prévu

VAD : visite à domicile

VB : voie basse

IX. 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.

RÉSUMÉ

Introduction :

Devant les vulnérabilités multiples en période de périnatalité, leur importance dans une ville comme Marseille et l'impact qu'elles ont sur la famille, l'individu à naître, et possiblement sur les générations futures, le Conseil Départemental des Bouches-du-Rhône, via son service de protection maternelle et infantile (PMI), a mis en place un dispositif de prévention médico-psycho-sociale nommé « liaisons maternité/PMI », aujourd'hui divisé entre les liaisons maternité/protection infantile (PI) et maternité/protection maternelle (PM). Ce dispositif, bien qu'ancien, n'a que très peu été apprécié sur son intérêt et ses limites. Récemment une réévaluation des « liaisons maternité/PI » a été faite, or, ce n'était pas le cas pour les « liaisons maternité/PM ». L'objectif de cette étude est de décrire le dispositif actuel des liaisons maternité/PM, afin d'initier cette volonté de la PMI d'optimiser cet outil de prévention.

Matériel :

Étude épidémiologique descriptive transversale, multicentrique. Critères d'inclusion : liaison maternité/PM de femmes en périnatalité suivies dans les maternités marseillaises, courant l'année 2018 et domiciliées dans les Bouches-du-Rhône. Données recueillies sur la base de documents papiers archivés, anonymisées par numérotation et retranscrites dans un tableau Excel standardisé. Items étudiés : maternité et service émetteur, liaison anténatale ou postnatale, âge de la patiente, grossesse et parité, motif de la liaison, patiente informée de l'intervention de la PMI, exhaustivité globale du remplissage de la fiche avec informations sur la patiente, sa grossesse, l'allaitement, proposition de suivi ou prise en charge autre que la PMI et informations rajoutées par la sage-femme de PMI. Les statistiques ont été obtenues par analyse quantitative.

Résultats :

82 % des liaisons émanaient de l'hôpital Nord, 14% de la Conception, le reste des maternités semi-privées et privées de Marseille. 2/3 des liaisons avaient été établies en post-natal et 1/3 en anténatal. Les motifs de liaison étaient majoritairement des co-indications médico-sociales avec notamment *grossesse non ou mal suivie et/ou datation tardive* (36,1%), *non maîtrise de la langue française* (22%), *migrant.e.s ou réfugié.e.s ou demandeur.s d'asile* (21,3%), *diabète antérieur ou diabète gestationnel* (12,9%), des problématiques de logements (18,9%), et d'environnement (9,9% d'*isolement* et 6,3% de *violences intra-familiales*) ... 17,8% étaient des grossesses d'âge tardif (> ou = à 35 ans) et 16,9 % des grossesses d'âge précoce (< à 20 ans) dont 6,8 % de mineures. L'information des familles sur la liaison avec la PMI avait été transmise et tracée dans seulement 58,5 % des cas. Dans les autres items, les informations concernant la grossesse et les prises en charge déjà proposées et/ou à proposer en plus de la PMI restaient moins bien renseignées.

Conclusion :

L'évaluation du dispositif de liaisons maternité/PM a mis en avant une hétérogénéité des pratiques entre maternités marseillaises et une liaison trop souvent établie tardivement (postnatale vs anténatale) pour des familles qui multiplient les vulnérabilités médico-sociales et qui ne sont pas toujours informées de la liaison faite par la maternité avec la PMI. Certaines adaptations du dispositif s'avèreront probablement nécessaires pour la suite, ainsi qu'une sensibilisation du public et des maternités aux possibilités d'accompagnement qu'offre la PMI. L'intérêt de la participation du médecin traitant et des médiateurs en santé dans ce dispositif pourrait également permettre un repérage plus précoce encore. Il serait intéressant pour la suite d'évaluer l'utilisation de l'outil dans toute la région PACA et les actions mises en place par la PMI en réponse aux liaisons.

Mots clés : périnatalité, inégalités sociales de santé, vulnérabilités, liaison maternité/PMI, liaison maternité/PM, protection maternelle et infantile, PMI