

UMPSP au CHU d'Angers

P. GILLARD*, S. BOUDIER*, C. BOUDERLIQUE,
K. NARDIN-GODET*, P. DUVERGER***, F. BOUSSION*,
C. MARTIN*, F. BIQUARD*, S. MADZOU*,
A.-C. RACINE-THIBAUD*, L. SENTILHES*, P. DESCAMPS***

Résumé

Les facteurs psychosociaux sont des éléments importants dans la genèse des complications obstétricales et pédiatriques. Le stress psychosocial, la violence entre partenaires intimes, la difficulté d'accès aux soins, sans oublier les addictions et la malnutrition sont les principaux responsables de ces complications. Leur prévalence est souvent aussi importante que la prééclampsie ou le diabète. Il est donc indispensable de s'en occuper avec la même détermination. Au sein du CHU d'Angers, un dispositif transversal entre plusieurs services de soins, dont la gynécologie-obstétrique, et en collaboration avec les services de Protection maternelle et infantile (PMI), d'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la Direction d'intervention sanitaire et sociale (DISS), a été mis en place en 2001 et pérennisé financièrement en 2006. L'une des actions du plan de périnatalité 2005-2007 visant à renforcer le soutien aux femmes enceintes et aux couples en situation de précarité nous a permis, dans le pôle de gynécologie-obstétrique, de créer l'UMPSP (unité médicopsychosociale en périnatalité). Elle est destinée à la prise en charge des patientes à haut risque médical, psychiatrique, social et ne relevant d'aucune unité spécifique. Les missions de l'UMPSP sont l'accueil, l'orientation, et la prise en charge de ces patientes. Une sage-femme de liaison et une psychologue de liaison sont les deux pivots de cette unité. L'accueil peut être réalisé tous les jours, sans rendez-vous, de 8 h 30 à 17 h 30. La sage-femme dispose d'un téléphone mobile dédié à cette activité. Une réunion hebdomadaire permet de faire le point sur les situations en cours. Les membres permanents de l'UMPSP (obstétricien, sage-femme, psychologue, pédopsychiatre, pédiatre, échographiste) ainsi que tous les acteurs (assistan-

* Pôle de gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex 09.

** Pôle enfant, Service de néonatalogie, Centre hospitalier universitaire, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex 09.

*** Pôle enfant, Service de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire, 4, rue Larrey, 49933 Angers Cedex

tes sociales, puéricultrices, etc.) impliqués dans la prise en charge de la patiente y assistent. Une feuille de route avec des propositions concrètes, consignées dans le dossier obstétrical, y est établie. Celle-ci a pour but de faciliter le parcours de soins de la patiente en privilégiant au mieux la relation mère-enfant et la place du père.

Mots clés

Précarité. Vulnérabilité. Périnatalité. Facteurs psychosociaux. Grossesse. Facteurs sociétaux.

Classiquement, les protocoles de prise en charge en périnatalité ont pour but de diagnostiquer la grossesse, de dépister les grossesses à risque, et les complications qui surviennent pendant la grossesse comme l'hypertension artérielle ou le diabète.

La prise de conscience que les facteurs psychosociaux sont des éléments importants dans la genèse de ces complications date des années 1970-1990 et les premières publications des années 1980 [1, 2]. Les facteurs « médicaux » interviennent pour environ 50 % dans les étiologies des petits poids à la naissance, de l'accouchement prématuré et de leurs conséquences postnatales. Une proportion importante des cas restants est attribuable aux facteurs psychosociaux, même si l'on prend en compte les paramètres sociaux, démographiques, obstétricaux et les comportements à risque [3].

Le stress psychosocial, la violence conjugale et la difficulté d'accès aux soins, sans oublier le tabac, l'alcool, les drogues et le déséquilibre alimentaire, sont également responsables des complications obstétricales et néonatales [4].

Ainsi, la violence entre partenaires intimes (VPI), qu'elle soit d'origine physique, sexuelle ou psychologique, a, pendant la grossesse, une prévalence de 16 à 20 % [5]. Quelle que soit la prévalence de la VPI pendant la grossesse, elle est plus fréquente que beaucoup de situations pour lesquelles nous pratiquons un dépistage systématique.

Elle est au moins aussi fréquente que la prééclampsie et le diabète et plus fréquente qu'un test sérique anormal, le risque d'aneuploïdie lié à l'âge ou le risque que le partenaire soit séropositif. Elle multiplie par 4 le risque de petit poids à la naissance [6] (OR : 3,9 ; IC 95 % : 1,7-9,3), et par 7,5 le risque de décès du fœtus [7] (0,2 % *versus* 1,5 % ; $p < 0,001$).

Chaque « étiologie psychosociale » influence, avec des ordres de grandeur similaires, les complications obstétricales et néonatales les plus fréquentes (retard de croissance intra-utérin, accouchement prématuré, pathologies vasculaires, séjour en réanimation néonatale voire décès). Il est donc indispensable de s'en préoccuper avec la même détermination que pour les étiologies « médicales » classiques [8-10]. Il a été démontré que cette politique est médicalement efficace et rentable d'un point de vue strictement financier [9]. Nos collègues américains, très sensibles à ce genre d'arguments, ont bien montré que chaque dollar investi dans ce domaine en rapporte quatre... [10]. Bien sûr, au-delà de la logique financière, il s'agit d'améliorer la qualité des soins.

Le premier dispositif de prise en charge pluridisciplinaire des femmes et de leur entourage en difficulté psychologique, sociale et économique a été mis en

place en 2001 au CHU d'Angers. Il s'inscrivait alors dans le dispositif prévu par les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) prévus par la loi de lutte contre les exclusions.

Un groupe de travail, associant des professionnels des services de gynécologie-obstétrique, de néonatalogie, du centre d'orthogénie du CHU ainsi que des services de Protection maternelle et infantile (PMI), d'Aide sociale à l'enfance (ASE) et de la Direction d'intervention sanitaire et sociale (DISS), a alors été constitué.

Ce dispositif transversal incluait principalement les services des urgences, la gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et l'alcoologie du CHU d'Angers.

Le financement pérenne de cette structure ne sera officialisé qu'en 2006.

Au sein du pôle gynécologie-obstétrique, les moyens alloués permirent de mieux cibler cette population en difficulté. Une consultation spécifique, assurée par une sage-femme, fut ouverte au sein même du service.

Les missions de cette structure étaient principalement la surveillance et le suivi médical de la grossesse et l'information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse et la période néonatale.

D'autres missions de prévention, d'éducation à la santé, ainsi que d'évaluation sociale furent également mises en place. Ce temps d'écoute, destiné à dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique ou sociale, permet d'orienter les patientes vers les professionnels compétents.

Le nombre de consultations n'a cessé d'augmenter depuis sa création (*Tabl. I*).

Tableau I

PASS périnatalité : évolution du nombre de consultations.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de patientes	227	191	248	246	319	285	337	337
Nombre de consultations	299	338	338	493	606	634	1 084	1 112

PASS : permanence d'accès aux soins de santé.

L'une des actions préconisées par le plan de périnatalité 2005-2007 [11] était « humanité, proximité, sécurité, qualité en périnatalité ». Elle visait à renforcer le soutien aux femmes enceintes et aux couples en situation de précarité et de vulnérabilité.

Cela nous a permis de renforcer notre action dans ce domaine en créant une unité spécifique, l'UMPSP (unité médicopsychosociale en périnatalité), dédiée aux patientes à haut risque médical, psychiatrique, social, et ne relevant jusqu'alors d'aucun secteur spécifique.

L'expérience malheureuse de certaines patientes dont la prise en charge avait soit mis en grande difficulté les équipes soignantes (patientes schizophrènes, tentatives de suicide), soit n'avait pas apporté les bonnes réponses aux questions posées (grande précarité, abandon, famille d'accueil) nous a incité à mettre en place cette unité.

Les dispositifs existants, et principalement la consultation du PASS (permanence d'accès aux soins de santé), ne répondaient pas aux besoins de cette popu-

lation bien spécifique. Les raisons en sont multiples. On citera principalement la nécessité d'un interlocuteur unique, une prise en charge multidisciplinaire, une mission particulièrement chronophage (10-20 h par patiente et par grossesse !) et enfin la complexité extrême des situations.

L'UMPSP est constituée de « membres permanents » : un médecin obstétricien coordonnateur, une sage-femme de liaison, une psychologue de liaison, un pédiatre, un pédopsychiatre, une échographiste de référence, une secrétaire.

Lors d'une réunion hebdomadaire, le point est fait sur les situations en cours et les nouveaux dossiers sont présentés. Cela représente une moyenne d'un à trois dossiers par semaine. La durée de la réunion est au maximum d'une heure.

Les membres permanents ou leurs remplaçants y assistent. Tous les acteurs de soins qui auront à prendre en charge les parents et/ou leur(s) enfant(s) sont les bienvenus. En pratique, il s'agit surtout d'intervenants hospitaliers, sages-femmes, obstétriciens, psychologues, assistantes sociales, cadres sages-femmes ou puéricultrices, etc. Cependant, les psychiatres ou gynécologues obstétriciens de ville, par exemple, peuvent y participer également.

D'autres intervenants sont régulièrement sollicités en fonction des situations présentées (*Tabl. II et III*).

Tableau II

Intervenants hospitaliers (CHU).

- Gynécologues-obstétriciens
- Pédiatres
- Sages-femmes, PASS
- Pédopsychiatres, psychologues
- Assistantes sociales
- Ergothérapeutes
- PH (addictologie, maladie infectieuse, centre de rééducation fonctionnelle)
- Comité d'éthique
- Cadres (sage-femme, puéricultrice)

PASS : permanence d'accès aux soins de santé ; PH : praticien hospitalier.

Tableau III

Intervenants extrahospitaliers.

- PMI
- Educateurs AEMO
- Curateurs, tuteurs
- SAMU social
- Inspecteurs ASE
- Police judiciaire
- Justice
- Psychiatrie générale
- Pouponnières
- Centre maternel
- Centres éducatifs
- CHG et cliniques

PMI : Protection maternelle et infantile ; AEMO : aide éducative en milieu ouvert ; ASE : Aide sociale à l'enfance.

Les missions de l'UMPSP sont l'accueil, l'orientation et la prise en charge de ces patientes en situation de grande vulnérabilité.

L'*accueil* peut être réalisé tous les jours sans rendez-vous entre 8 h 30 et 17 h 30. Cette disponibilité est fondamentale pour ce type de patientes qui sont tellement déconnectées de la réalité que le fait même de devoir prendre un rendez-vous ou de devoir se plier aux contraintes d'horaires est le plus souvent impossible. L'accès aux soins et au monde hospitalier leur est souvent étranger voire hostile. La sage-femme de liaison est donc disponible afin de leur faciliter la tâche dans cette démarche, ce qui est la mission première de l'UMPSP.

L'*orientation* de ces patientes dans le dédale des différentes structures de la périnatalité est la seconde mission que nous nous sommes fixée. N'importe quel professionnel de santé peut faire appel à la sage-femme de liaison aux heures ouvrables ; elle dispose d'une ligne téléphonique mobile dédiée. Cela permet de répondre immédiatement et sans intermédiaire à notre interlocuteur. La réponse peut être courte et rapide, mais souvent il s'agit d'une demande plus complexe qui débouche sur la troisième composante de la mission de l'UMPSP : la prise en charge.

La *prise en charge* de ces patientes, via les différentes portes d'entrée qui ont été mentionnées plus haut, s'adresse à des patientes en grande vulnérabilité. Il s'agit de dossiers complexes, à la marge, ne relevant d'aucune unité spécifique. Ils associent souvent un très haut risque médical, psychiatrique et une très grande précarité sociale.

Chaque situation est unique, il n'existe pas de prise en charge codifiée. Un parcours de soin personnalisé doit à chaque fois être réinventé.

La concertation des différents intervenants permet d'améliorer cette prise en charge. Celle-ci a lieu lors de notre réunion hebdomadaire. Nous avons souhaité que cette unité soit multidisciplinaire, bien sûr parce que la prise en charge est pluridisciplinaire, mais aussi et surtout pour nous protéger de toute décision arbitraire d'un petit groupe voire d'une seule personne. La réponse apportée nous semble souvent être la moins mauvaise plutôt que la meilleure possible... À l'évidence, elle ne peut être totalement satisfaisante vu les situations rencontrées.

Pour chaque situation, nous formulons des propositions concrètes : il s'agit d'une feuille de route. Celle-ci est validée par l'ensemble des participants. Ces propositions ont pour but de préserver au mieux la relation mère-enfant et la place du père. Le compte rendu des réunions est adressé au médecin traitant et à toutes les personnes qui interviennent auprès de la patiente. Outre ce courrier, figurent au sein du dossier des consignes claires aux différents acteurs de soins (sages-femmes, psychiatres, pédiatres, etc.), avec les numéros de téléphone indispensables de jour comme de nuit (psychiatre de garde, éducateurs, substitut du procureur...) afin de faciliter le travail de l'équipe de garde en cas de visite en dehors des heures ouvrables.

Notre relation aux patientes n'est envisagée que dans le cadre du soin. Nous refusons d'être des auxiliaires de la justice ou des services sociaux. C'est pourquoi, lorsqu'un retrait du nouveau-né est envisagé, nous souhaitons que les parents en soient avertis de manière très claire et que l'annonce soit faite avant l'accouchement par les personnes habilitées (PMI, ASE, ou représentant de la justice si nécessaire), même si l'OPP (ordonnance de placement provisoire) ne peut être rendue qu'après la naissance. Il y va de la relation de confiance que nous établissons avec

les parents. Nous essayons, tout au long de notre prise en charge, d'amener le couple à s'autodéterminer sur ses capacités à prendre en charge son enfant. La décision de justice sera ainsi mieux vécue.

Nous avons également souhaité évaluer de manière la plus formelle et la moins arbitraire possible le lien qui se noue entre l'enfant et les parents. Les patientes concernées sont donc hospitalisées en unité « kangourou ». Ainsi, il s'agit toujours du même personnel qui les prend en charge. Une formation sur les interactions précoces est en cours d'élaboration.

L'UMPSP se situe au sein du pôle de gynécologie-obstétrique, au centre d'un dispositif de soins en périnatalité. Elle agit en permanence en concertation avec les autres unités ou acteurs de ce dispositif : la médecine de ville, le centre d'orthogénie, les consultations du PASS, les consultations d'entretien du quatrième mois, l'unité de grossesses pathologiques, le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), l'unité de pédopsychiatrie et psychologie et les pédiatres (*Tabl. IV*).

Tableau IV

Quels professionnels nous adressent ces patientes en difficulté ?

Maternité du CHU	42,5 %
Démarche spontanée	19,9 %
Planning familial, PMI	17,5 %
Médecin traitant ou gynécologue de ville	12,0 %
Espace accueil	5,8 %
Centre maternel	1,7 %
Hôpital psychiatrique	0,7 %

PMI : Protection maternelle et infantile.

La sage-femme de liaison et la psychologue de liaison sont les deux pivots indispensables de cette structure. Elles sont les « portes d'entrée » de l'UMPSP en fonction des pathologies accompagnatrices. La sage-femme est chargée de la présentation des dossiers ainsi que des comptes rendus. Toutes les deux disposent d'un « carnet d'adresses » qui nous permet de faire fonctionner ce réseau très rapidement et d'actionner les bons leviers de commande. La sage-femme est donc un *interlocuteur médical unique* pour la patiente et les intervenants. Cela permet à tous les intervenants de communiquer facilement et à l'unité de bénéficier d'*éléments de synthèse* très rapidement.

L'interlocuteur médical unique et l'accueil sans rendez-vous sont les deux paramètres indispensables au bon fonctionnement de l'unité.

L'UMPSP est intégrée au sein du service, la précarité y a droit de séjour et tout le monde y participe, quelle que soit sa « spécialisation » au sein du service. Cela évite la stigmatisation de ces patientes.

Notre unité existe maintenant depuis 21 mois ; 88 patientes ont été prises en charge au sein de celle-ci.

Nous avons retenu sept critères d'inclusion : troubles psychiatriques, précarité sociale et risque de placement, demande d'IVG au-delà du délai légal, détresse sociale et abandon d'enfant, précarité et pathologie maternelle, précarité et pathologie fœtale, divers (*Tabl. V*).

Tableau V
Critères d'inclusion

84 patientes prises en charge	Nombre de patientes (juin 2007-30 avril 2009)
Troubles psychiatriques	32 (38 %)
Précarité et risque de placement de l'enfant dès la naissance	28 (33 %)
Demande d'interruption volontaire de grossesse au-delà du délai légal de 14 SA	6 (7 %)
Détresse sociale avec souhait d'abandon d'enfant	3 (4 %)
Précarité et pathologie fœtale	3 (4 %)
Précarité et pathologie maternelle	5 (6 %)
Conduites addictives et précarité	4 (5 %)
Divers	3 (3 %)

SA : semaines d'aménorrhée.

En conclusion, les bénéficiés de cette unité nous semblent tout aussi importants pour les patientes que pour les soignants :

– *pour les patientes* : elles disposent de référents en amont et en aval de la naissance, l'accès aux soins leur est facilité et elles y ont leur place avec les mêmes droits que les autres patientes. Elles attendent dans les mêmes salles d'attente et voient les mêmes médecins ;

– *pour les soignants* : un vrai dialogue s'est instauré entre les différents protagonistes (psychiatre, psychologue, assistante sociale, sage-femme, gynécologue-obstétricien...) qui ont appris à se connaître et à travailler ensemble.

Le temps obstétrical et le temps psychiatrique se sont accordés : neuf mois, c'est très court pour un psychiatre mais très long parfois pour un obstétricien ! Malgré cette contrainte temporelle pour chacun, les différents acteurs essayent de la respecter et d'apporter chacun la meilleure réponse au problème qui leur est posé.

Un parcours de soin est défini pour chaque patiente avec une conduite à tenir claire, cohérente et validée par les différents intervenants.

Enfin, le temps de sage-femme mis à disposition dans le cadre de l'UMPSP ainsi que son réseau de relations peuvent être extrêmement utiles à d'autres activités dans le cadre de la périnatalité.

RÉFÉRENCES

- [1] Institute of Medicine. Preventing low birthweight : summary. Washington, DC : The Institute, 1985.
- [2] Public Health Service, US Department of Health and Human Services. Caring for our future : the content of prenatal care – A report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington, DC : PHS, USDHHS, 1989.
- [3] Enkin M, Keirse MJ, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E *et al.* Support for pregnant women. *In* : A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Oxford (UK) : Oxford University Press, 2000 : 16-23.

- [4] Sokol RJ, Shobha H, Mehta A. Societal factors in pregnancy : why worry ? Clin Obstet Gynecol 2008 ; 51 (2) : 329-32.
- [5] Chambliss LR. Intimate partner violence and its implication for pregnancy. Clin Obstet Gynecol 2008 ; 51 (2) : 385-97.
- [6] Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Högberg U, Persson L. Ake physical partner abuse during pregnancy : a risk factor for low birth weight in Nicaragua. Obstet Gynecol 2002 ; 100 (4) : 700-5.
- [7] Yost NP, Bloom SL, McIntire DD *et al.* A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. Obstet Gynecol 2005 ; 106 : 61-5.
- [8] Weck RL, Paulose T, Flaws JA. Impact of environmental factors and poverty on pregnancy outcomes. Clin Obstet Gynecol 2008 ; 51 (2) : 349-59.
- [9] ACOG Committee Opinion. Psychosocial risk factors. Obstet Gynecol 2006 ; 108 (2) : 469-77.
- [10] Temple P, Lutenbacher M, Vitale J. Limited access to care and home healthcare. Clin Obstet Gynecol 2008 ; 51 (2) : 371-84.
- [11] Plan Périnatalité 2005-2007 : <http://www.santé.gouv.fr>.