



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

COMPTE-RENDU *Commission Nationale de la Naissance* 10 juin 2010

Philippe Pinton, sous-directeur adjoint de la régulation de la Direction générale de l'organisation des soins introduit la séance de la CNN en précisant que la composition de la CNN est quasiment au complet, l'arrêté relatif à la nomination des personnalités qualifiées ayant été signé le 7 juin.

Il informe les membres de la CNN que la HAS va entamer en 2010 l'élaboration de recommandations sur l'HAD en obstétrique et qu'elle vient de faire paraître en mai 2010 des recommandations pour la pratique clinique élaborées à la demande de la DGOS portant sur « *les grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement* ». Il pourrait être demandé à la HAS de venir présenter ses recommandations lors de la prochaine CNN.

Le président de la CNN, le Pr Puech, la DGS et la DGOS ont souhaité que cette CNN soit consacrée au sujet de la précarité et de la périnatalité. Comme l'a rappelé le Pr Puech lors de séance de la CNN du 2 mars 2010, le plan périnatalité avait fixé des objectifs en la matière qui ont fait l'objet d'un axe de l'évaluation du plan périnatalité. Certains membres de la CNN, qui ont participé à l'instance d'évaluation du plan périnatalité, ont pu constater que les objectifs et les actions prévues dans ce domaine ont été peu suivis d'effet.

La situation des femmes enceintes en situation de précarité constitue un problème de santé publique réel : les études internationales montrent que les facteurs psycho-sociaux entrent ont un impact sur les petits poids de naissance et les accouchements prématurés. La prise en charge suppose une articulation indispensable entre les des secteurs sanitaires et sociaux.

Cette réalité de la vulnérabilité est multiple et les réponses ne sont pas non univoques.

Quatre problématiques ressortent néanmoins :

- l'évaluation de la précarité et de la vulnérabilité
- l'accès aux droits
- l'accès aux soins
- le suivi et l'accompagnement médico-psycho-social de la période ante natale à celle post-natal de la mère, et du couple éventuellement, et de l'enfant.

L'ordre du jour de la présente CNN vise à introduire la problématique de la « précarité et périnatalité ».

Ces présentations seront suivies d'un appel à participation des membres de la CNN au groupe de travail qui sera installé à l'automne 2010. Il associera, au-delà des membres de la CNN, des acteurs de services de PMI et du secteur social notamment.

1. Approbation du compte rendu de la réunion du 2 mars 2010

Le compte rendu est approuvé.

2. Disparités sociales et surveillance de la grossesse - présentation de la problématique issue de la dernière Etude nationale périnatale 2003 (Annick Vilain – DREES)

La présentation est annexée au présent compte-rendu.

L'ENP n'approchait pas ces disparités au travers de données liées au niveau de revenu, ne retenant que les critères de la catégorie socioprofessionnelle et du niveau d'études.

Le questionnaire de l'ENP réalisée en 2010 comporte des critères plus fins d'analyse en fonction du niveau de revenu de la femme et du couple.

Les résultats de l'ENP sont les suivants :

- 4,5% des déclarations de grossesse ont lieu au 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre
- 6% des femmes ont eu moins de 7 consultations prénatales, 20% chez les femmes de moins de 20 ans et 10% chez les femmes entre 20 et 24 ans
- 3% des femmes ont eu moins de 3 échographies
- 11% des femmes de plus de 38 ans n'ont bénéficié d'aucun dépistage de la trisomie 21, cette proportion est portée à 46% chez les femmes de nationalité étrangère.

Parmi l'ensemble de ces données défavorables de la surveillance de la grossesse, on retrouve trois facteurs essentiels : la nationalité étrangère, la catégorie socioprofessionnelle et le niveau d'études.

Remarque :

L'intervalle entre les 2 enquêtes est long, or la situation périnatale évolue rapidement

Quelques informations complémentaires sont disponibles à partir des certificats de santé exploités en 2006 et 2007 (environ 500 000 CS8) : profession...

La qualité du suivi de la grossesse et l'état de santé de l'enfant ne sont pas évidents à établir.

Le CIANE s'interroge sur l'accompagnement dans la période post-natale.

3. Précarité, pauvreté, exclusion sociale, vulnérabilité (Pr Puech)

Le Pr Puech présente les critères qui président à la définition de la précarité et de la pauvreté. La précarité concerne entre 10 à 15 millions de personnes :

- 3,6 millions de personnes vivent en dessous du revenu médian,
- 6 millions perçoivent un minima social
- 5,5 millions de personnes (7% des ménages) vivent au dessous du seuil de pauvreté
- 1 million travaille sans dépasser le seuil de pauvreté
- 1,6 million sont sans logis
- 500 000 vivent à l'hôtel et 25% des ces personnes sont des femmes.
- 300 000 personnes sont en état d'exclusion

Le champ de la précarité est très vaste et il s'interroge sur la nécessité de se centrer sur la pauvreté au regard du champ trop vaste de la précarité. Par ailleurs, les différents champs n'appellent pas les mêmes réponses.

La présentation est annexée au présent compte rendu.

4. L'unité médico-psycho-sociale en périnatalité du CHU d'Angers (Dr Gillard, responsable de l'unité et Mme Boudier, sage-femme de liaison)

La présentation est annexée au présent compte rendu.

Un certain nombre de publications font état de l'importance des facteurs psychosociaux sur la santé des enfants : petit poids à la naissance x 4, décès fœtal x 7,5 (Clinical obstetrics & gynecology, impact médecin).

En 2001, le CHU d'Angers a mis en place une permanence d'accès aux soins (PASS). En 2007, dans le cadre des crédits du plan périnatalité consacrés à la précarité, l'unité l'unité médico-psycho-sociale en périnatalité (UMPSP) est créée afin de répondre aux besoins spécifiques de certaines femmes enceintes à la situation psycho sociale complexe et lourde. Ces besoins ont fait apparaître la nécessité d'identifier un référent unique, disponible et réactif pour permettre leur suivi dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire.

La file active de l'UMPSP, composée d'une cinquantaine de femmes/an, est ciblée autour de femmes alliant plusieurs risques pathologiques, psychiatriques, médicaux et sociaux (8 critères d'inclusion). Elles sont orientées vers l'Unité par des médecins généralistes, la PASS, les équipes de la maternité (50% des cas). Pour une part ces femmes enceintes sont connues de la maternité suite à un passage au service des urgences. Elles bénéficient d'un référent unique sage-femme qui peut mobiliser à tout moment des professionnels diversifiés.

L'Unité est composée d'une sage-femme de liaison (40% de son temps à l'UMPSP et consultations réalisées dans le cadre de la PASS) et d'une équipe (psychologue de liaison, un pédiatre, pédopsychiatre, échographiste, secrétaire) coordonnée par un gynécologue-obstétricien. Cette équipe s'engage à se libérer immédiatement sur demande de la sage-femme de liaison.

Cette équipe associe le service de PMI aux staffs hebdomadaires afin qu'elle assure la continuité de la prise en charge de la mère et de l'enfant. Elle associe également des intervenants extrahospitaliers. Le conseil général apporte un soutien important à l'unité.

Travail de l'unité : point d'entrée de la femme enceinte ; évaluation ; interactions précoces et articulation des interventions auprès d'elle.

Sa préoccupation est de demeurer dans le cadre du soin qui permet d'instaurer une relation de confiance avec la femme enceinte. L'équipe s'engage auprès de la femme à une transparence vis-à-vis de la femme/couple notamment lorsqu'elle s'interroge sur le placement de l'enfant. A l'issue du staff (hebdomadaire) dans lequel est évoquée la situation d'une femme, le compte-rendu est inclus au dossier obstétrical et envoyé au médecin traitant ainsi qu'à la femme. Des consignes claires pour chaque soignant ainsi que les numéros de téléphone indispensables figurent sur une « feuille de route ».

Cependant chaque situation nécessite un parcours de soins personnalisé.

L'UMPSP est intégrée à la maternité et au CHU à un double niveau :

- le suivi habituel médical : la femme demeure suivie par son médecin habituel, lors de la naissance la femme et son bébé sont pris en charge en unité kangourou.
- la sensibilisation et l'appui auprès des équipes de soins (maternité et service des urgences) pour dépister des situations de vulnérabilité pendant la grossesse.

Discussion :

La question est posée de la pérennisation des crédits périnatalité sur les PASS. La DGOS indique que les crédits du plan ont permis notamment de renforcer une quinzaine de PASS plus que la création d'unité spécifiquement liées à la périnatalité. Les PASS sont au nombre de 300 aujourd'hui en France.

Le Dr Roy souhaite intervenir au titre de la SFPP afin de présenter un travail en cours dans le cadre du réseau de proximité « pôle de prévention périnatale en santé mentale (P3SM) » de Languedoc-Roussillon. Il concerne 2 maternités privées qui ne disposent pas de pédopsychiatre. Il est fait appel au réseau pour des femmes enceintes qui présentent des problèmes psychologiques adressées par des professionnels des maternités et des libéraux. En 4 ans, 1 400 femmes, dont 80% en anténatal, ont été adressées par des gynécologues obstétriciens de maternité, des sages-femmes libérales...

Un COPIL a été mis en place pour définir les modalités de travail au niveau médical. Il constate que l'angle d'abord des femmes le plus opérationnel est celui du soin au travers d'une sage-femme coordinatrice, l'abord psychologique ou social entraîne un risque de fuite de leur part.

Ce COPIL a permis

- d'élaborer un référentiel (2007) qui s'est avéré inapplicable compte tenu des pré-requis de travail en réseau en amont. La cible de ce référentiel est la femme. Elles sont les plus en difficulté, considérées à haut risque médical et pour lesquelles les articulations des professionnels des différents champs (sanitaires, social,...) sont les plus problématiques
- de créer un groupe de réflexion dans le cadre de la SFPP : articule l'intervention en maternité dans un continuum des prises en charge des psychiatres d'adultes et les pédopsychiatres et les médecins généralistes. Il travaille sur des critères d'intervention des psychiatres d'adultes en maternité.
- De proposer des reprises de cas dans le cadre de la formation en réseau pour retenir ce qui est applicable dans le référentiel : le réseau a donc décidé de retravailler le guide "psychopathologie maternelle et grossesse", à partir de situations réelles et de reprises de cas, plutôt que d'idées théoriques, développées dans le cadre de formations à l'attention de professionnels de réseau (psychiatre, pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens) avec l'aide d'experts

Un manuel et un DVD illustrant le référentiel « Petit traité pour construire du lien humain » ont été produits (avec la Fondation de France).

5. Solidarité Paris Maman - SOLIPAM – Mme Dr Herschkorn-Barnu, directrice du réseau.

La région Ile-de-France est une région où les situations de précarité sont fréquentes car elle concentre 19% de la population française et près de 25% des naissances. L'association « précarité et grossesse » est une urgence médicale (suivis médiocres voire inexistantes de la grossesse pouvant transformer une grossesse physiologique en grossesse à risque).

L'objectif général de Solipam vise à *favoriser l'intégration dans le système de soins et améliorer la qualité de la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité, par un accompagnement personnalisé et coordonné des parcours obstétricaux, médicaux et psychosociaux.*

Le réseau SOLIPAM est un réseau de santé secondaire d'accès aux soins conçu à l'origine pour palier la sectorisation de la PMI sur Paris et les difficultés liées à la multitude d'intervenants sur ce territoire. Il s'oriente aujourd'hui vers un réseau régional.

Les professionnels du réseau n'effectuent pas le suivi médical des femmes enceintes qui relève des réseaux de soins primaires de proximité parisiens, mais il assure une mission de mobilisation, de coordination et de mutualisation avec ces derniers pour des situations particulièrement complexes de femmes en grande précarité sociale. La coordination est assurée par une sage-femme et une assistante sociale, toutes deux travaillant à mi-temps.

Solipam est sollicité par un réseau ou une maternité et la sage-femme ou l'assistante sociale rencontre les femmes enceintes dans un lieu neutre. Chaque cas est singulier. L'objectif est d'éviter le décrochage de ces femmes qui mettent en échec leur suivi médical et social notamment au travers de la sectorisation. La sage-femme se déplace au domicile, quel qu'il soit, pour maintenir le lien. Le réseau mène également un travail sur l'hébergement. C'est par la prise en compte des problématiques sociales de ces femmes qu'il est possible de stabiliser le suivi médical.

Le projet Solipam 2010-2013 est de garantir la continuité du parcours médico-psycho-social des femmes dès leur inclusion dans le réseau, de devenir un centre ressources sur la problématique Périnatalité et grande précarité en Ile de France (informations, formations des médecins de ville notamment depuis 2 ans avec le réseau Paris Nord et EPP). Il évalue également le service rendu par le réseau aux professionnels.

Il mène un travail sur l'inclusion plus précoce des femmes dans le travail du réseau.

6. Prise en charge des femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale à l'hôpital Bichat (AP-HP). Madame Bosseboeuf, sage-femme

La présentation est annexée au présent compte rendu.

Constat : Région parisienne en 2007 :

- Femmes isolées : 20%
- Femmes en situation irrégulières : 25%
- Femmes dont la grossesse n'est pas suivie : 2% des femmes enceintes.

L'équipe de la maternité constate une plus grande fréquence des menaces d'accouchements prématurés et des hospitalisations chez les femmes en situation de précarité. Les risques médicaux encourus par les nouveau-nés sont variés : retard de croissance intra-utérin, prématurité, syndrome d'alcoolisation fœtale, syndrome de sevrage, infections (tuberculose, hépatites, VIH...).

La maternité travaille en étroite partenariat avec le service de PMI. Deux consultations (matinées) sont assurées chaque semaine par une sage-femme. Une amélioration simultanée de l'accès aux droits, de l'accès aux soins et un accompagnement psychosocial est recherchée.

A Bichat, toutes les femmes remplissent une fiche d'inscription. Ces fiches sont étudiées quotidiennement pour rechercher les situations de vulnérabilité.

Lorsqu'un ou plusieurs critères de vulnérabilité sont décelés, les femmes sont reçues par une des deux sages-femmes du service de PMI. Sont reçues en priorité les femmes non assurées sociales, les femmes mineures, les grossesses non suivies, les patientes dont le suivi en ville n'est pas envisageable pour des raisons sociales, psychologiques...Les autres femmes sont suivies par les sages-femmes de la maternité.

Un rendez vous est proposé par la personne réalisant la consultation, avec le service social. Une fiche est élaborée avec la patiente et cette fiche est transmise au service social qui se charge ensuite de prendre contact avec la patiente. Un compte rendu du rendez-vous et de la prise en charge est consigné dans le dossier obstétrical.

Lorsqu'un critère de vulnérabilité est décelé et qu'il n'y a pas de place à la maternité de l'hôpital Bichat, une inscription dans une autre maternité est organisée par les sages-femmes de PMI.

Trois types de staff sont organisés à Bichat :

- un staff de parentalité (depuis 1999), une fois par mois réunissant l'équipe médico-psychosociale et les services de PMI du 17 et 18 ème arrondissements
- un staff de PMI hebdomadaire réunissant le service social de la maternité, l'équipe pédiatrique, les psychologues et les services de PMI des 2 arrondissements concernés
- un staff médico-social hebdomadaire réunissant les professionnels du service.

Solipam ne peut être mobilisé pour des femmes sans domicile. Or, il est souvent constaté que l'hébergement provisoire de certaines femmes en situation de précarité (hébergement en centre, chez des amis...) disparaît après la naissance.

L'équipe travaille donc dans une anticipation de la continuité du suivi et de l'accompagnement en pré et postpartum. La maternité met en place une HAD avec un accompagnement individualisé, par exemple dans des hôtels du SAMU social de Paris, à la suite de la naissance pour des situations psychosociales difficiles.

Discussion

Mm Dr Herschkorn-Barnu indique que les maternités ont évolué depuis 20 ans et qu'elles sont aujourd'hui conçues comme un plateau technique avec une durée moyenne de séjour plus courte, ce qui rend nécessaire d'organiser les prises en charges en amont et en aval de la naissance en dehors et en articulation avec les maternités. Elle précise que la précarité n'est pas une indication de séparation de la mère et de son enfant.

Elle explique qu'il existe 2 centres maternels en Ile-de-France qui sont des structures qui accueillent des femmes enceintes en SSR après la naissance.

7. Prise en charge des femmes en situation de précarité au CHU d'Amiens - Madame Marie-Chantal Blanchard, sage-femme et Madame Boistel assistante sociale

La présentation est annexée au présent compte rendu.

Sur la base de l'expérience du SAFED créé à Rennes dans les années 80, un service d'aide aux femmes enceintes en difficulté (SAFED) a été créé à Amiens en 2000. Il a pour mission de coordonner la prise en charge des femmes enceintes en difficulté et les orienter en les informant et en les accompagnant. Il est situé à côté du centre de planification.

42% des femmes viennent d'elles-mêmes au SAFED, tandis que 38% sont adressées par le service de PMI et que 20% par les infirmières scolaires. : il bénéficie d'un temps plein de sage-femme. A Amiens, il sera situé à côté du service des urgences.

La CHU d'Amiens dispose d'une PASS qui assure un accueil social 6 jours sur 7 et un accueil médical en urgence tous les jours. La grossesse, associée à un isolement de la femme, une absence de logement stable ou une précarité de celui-ci, une absence de couverture sociale, constitue une des situations d'accès à la PASS. Celle-ci travaille avec des partenaires extérieurs: Cada, services de PMI, foyers d'hébergement, samu social...

La prise en charge des Femmes en situation de précarité est assurée par une équipe pluridisciplinaire (gynécologue obstétricien, pédiatre, sage-femme, infirmière, psychologue, assistante sociale, aide soignante..).

Enfin il est rappelé que la précarité ne constitue pas un état définitif et qu'elle peut concerner une période transitoire de la vie. Il est précisé aussi que ruralité ne va pas nécessairement de pair avec précarité.

Agnès Simon indique que, lors du symposium organisé par *l'International confederation of midwives* qui s'est déroulé les 5 et 6 juin 2010 à Washington D.C (en lien avec l'ONU, l'UNICEF, la FIGO...) et auquel participait le CNSF, la question de l'accès des femmes enceintes pauvres et marginalisées aux soins a été identifiée comme une « question vitale ».

Conclusion.

Il est décidé de constituer un groupe de travail issu de la CNN sur la thématique Périnatalité et précarité. Les membres de la CNN souhaitant y participer sont invités à l'indiquer au secrétariat de la CNN. Un groupe de travail sera constitué avec les représentants de la CNN et des professionnels de terrain.

Le Pr Puech souhaite élaborer, avec des équipes ayant mené des expériences du terrain, un guide pratique afin d'aider les services à identifier les situations à risques, organiser la prise en charge quelque soit le point d'entrée des femmes et assurer une coordination dans la période post-natale.

Le CIANE fait remarquer qu'il sera nécessaire de définir la cible du groupe travail sur la précarité, la pauvreté ou la vulnérabilité ou les situations complexes.

Participaient à la réunion

| | |
|-------------------------|--|
| -Madeleine AKRICH | CIANE |
| -Patrick AMBROISE | DGS, chef du bureau MC1 |
| -Françoise BAS | UNAF |
| -Samah BEN ABDALLAH | FEHAP |
| -Chantal BIRMAN | ANSFL |
| -Marie-France BLANCHARD | CHU Amiens, sage-femme cadre supérieur |
| -Maïté BOISTEL | CHU Amiens, assistante sociale |
| -Roselyne BOQUET | DGOS, adjointe au bureau R3 |
| -Montaine BOISSEBOEUF | CH de Bichat, Sage-femme |
| -Christian DOGNIN | Fédération nationale des gynécologues-obstétriciens hospitaliers non universitaires |
| -Sylvie BOUDIER | CHU d'Angers, sage-femme de liaison UMPSP |
| -Françoise BICHERON | Personnalité qualifiée |
| -Marc BRODIN | FNEHAD |
| -César DALLOUL | Société française de néonatalogie |
| -Marie France GAUCHER | FHP |
| -Philippe GILLARD | Gynécologue-obstétricien-responsable de l'UMPSP du CHU d'Angers |
| -Thierry HARVEY | Gynécologue-obstétricien, Conférence des présidents de CME des ES privés à but non lucratif, hôpital des Diaconesses |
| -Paule HERSCHKORN-BARNU | Gynécologue-obstétricienne, Directrice du réseau SOLIPAM |
| -Olivier JOURDAIN | Conférence des présidents de CME de l'hospitalisation privée |
| -Jean LEBRAT | CNOM |
| -Anne-Noëlle MACHU | DGOS/R3 |
| -Nicole MATET | DGS-MC1 |
| -Cécile MOULINIER | CNOSF |
| -Michel NOUGARAIDE | Personnalité qualifiée, médecin généraliste enseignant |
| -Jean-Charles PICAUD | Chef de service de néonatalogie aux HCL |
| -Philippe PINTON | DGOS- Sous-directeur adjoint de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins |
| -Francis PUECH | Président de la CNN |
| -Marc PILLIOT | Personnalité qualifiée, pédiatre |
| -Stéphane QUEFFELEC | CIANE |
| -Dominique RAVINET | CNAMTS |
| -Marc-Alain ROZAN | Président du SYNGOF |
| -Jean-Christophe ROZE | Pédiatre, personnalité qualifiée |
| -Joël ROY | Société française de psychologie périnatale |
| -Alain SCEMAMA | HAS |
| -Hélène SIAVELLIS | Conseillère médicale de la sous-direction de l'enfance et de la famille de la DGCS |
| -Agnès SIMON | Collège national des sages-femmes |
| -Annick VILAIN | DREES-bureau de la santé de la population |
| -Luce VUE-DROY | Pédiatre, coordonnatrice du réseau de santé. |