

**JOURNÉE ANNUELLE DU
GROUPE D'ÉTUDE EN NÉONATOLOGIE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR-CORSE-MONACO
SAMEDI 2 JUIN 2018
SUJET PRINCIPAL : PRÉCARITÉ SOCIALE ET PSYCHIQUE**

Rôle de la PMI dans le champ de la périnatalité

Dr BERNARD Olivier – Pédiatre - Chef de Service Protection Maternelle et Infantile

Dr EINAUDI Marie Ange – Pédiatre - Médecin Réfèrent Protection Enfance

Conseil Départemental des Bouches du Rhône

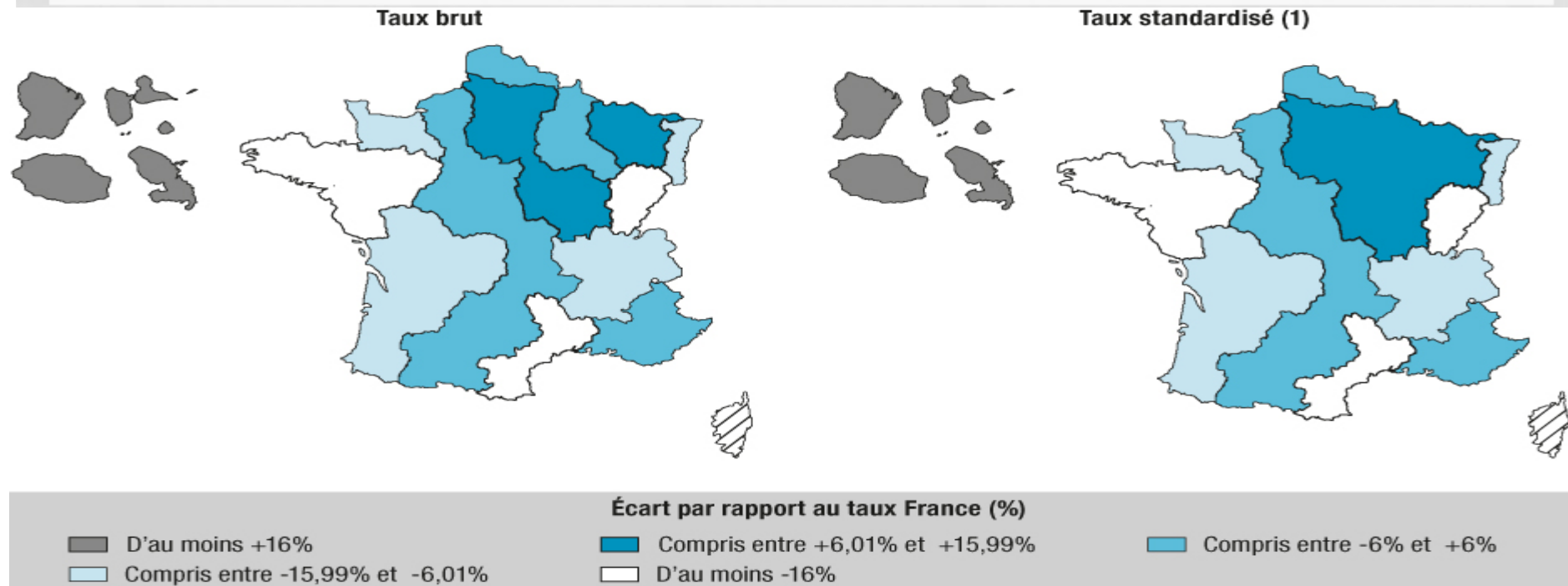
QUELQUES DONNÉES : *PÉRINATALITÉ*

□ *Données Euro PERISTAT 2013 pour la France:*

- *Taux mortinatalité* le plus élevé d'Europe : **9,2 pour 1000 naissances** totales: mais 40 à 50% imputables à des IMG tardives (inclusion à partir 22 SA).
- *Mortalité néonatale* : **2,3 pour 1 000 naissances** vivantes. 17^{ème} rang Européen, baisse mais moindre que dans plupart pays.
- *Prématurité*: **passe de 6,3 à 6,6% entre 2003 et 2013**. 10^{ème} rang Européen.
- *Grossesses gémeillaires*: **17,4 pour 1000 femmes** (position moyenne en Europe).
- *Mortalité maternelle*: **8,4 pour 100 000 naissances**.

Quelques données : à propos des inégalités sociales et territoriales

Les disparités régionales de mortalité en France en 2012-2013



(1) Population de référence : naissances totales estimées pour la France à partir des bases cumulées 2012 et 2013 réparties selon l'âge de la mère à l'accouchement (6 groupes d'âges : 4 groupes quinquennaux entre 20 et 39 ans, 1 groupe moins de 20 ans et 1 groupe 40 ans ou plus).

Source : base nationale PMSI-MCO scellée ATI, exploitation Drees.

* Saint-Martin et Saint-Barthélemy inclus . Non compris : Mayotte et les interruptions médicales de grossesse (IMG).

Quelques données: *à propos des inégalités sociales et territoriales*

Numéro thématique - Santé périnatale : des inégalités sociales et territoriales en France BEH:N° 6-7 - 24 février 2015

Coordination scientifique: Sylvie Rey: DREES, **Sandrine Danet,** *Agence de l'information sur l'hospitalisation* et **Judith Benrekassa:** *INVS*

Inégalités sociales en santé périnatale : E Azria Archives de Pédiatrie
Volume 22, Issue 10, Octobre 2015, Pages 1078–1085

- Inégalités sociales de suivi de grossesse:

 - Examen non fait pour raisons financières: 1,8% en 1998 à 4,4% en 2010

- Inégalités sociales et risque d'anomalies congénitales, de prématurité, de petit poids

- Environnement géographique et social: interaction entre déterminants individuels et collectifs

Taux de prématurité et facteurs sociaux : passe de 4% quand la mère a un niveau d'études supérieures, à 9% en cas de niveau scolaire primaire : Kaminski M, Deneux-Tharoux C. Autour de la naissance. Santé publique L'état des savoirs. Paris: La Découverte; 2010. p. 223-233.

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE: UN RAPIDE ÉTAT DES LIEUX

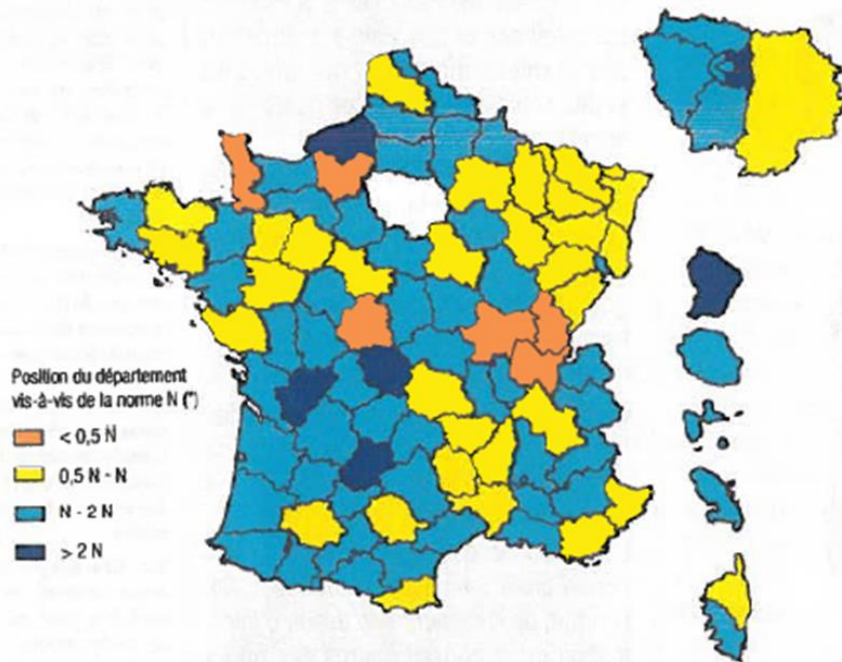
□ Rapport IGAS 2006:

- PMI suit ***environ 18% des femmes enceintes.***
- PMI suit ***près de 20% des enfants de moins de 6 ans et 50 à 60% des moins de un an.***
- Le public de la PMI est majoritairement une population marquée par la précarité et la vulnérabilité psychosociale.

La Protection Maternelle et Infantile: un rapide état des lieux : DRESS 2012

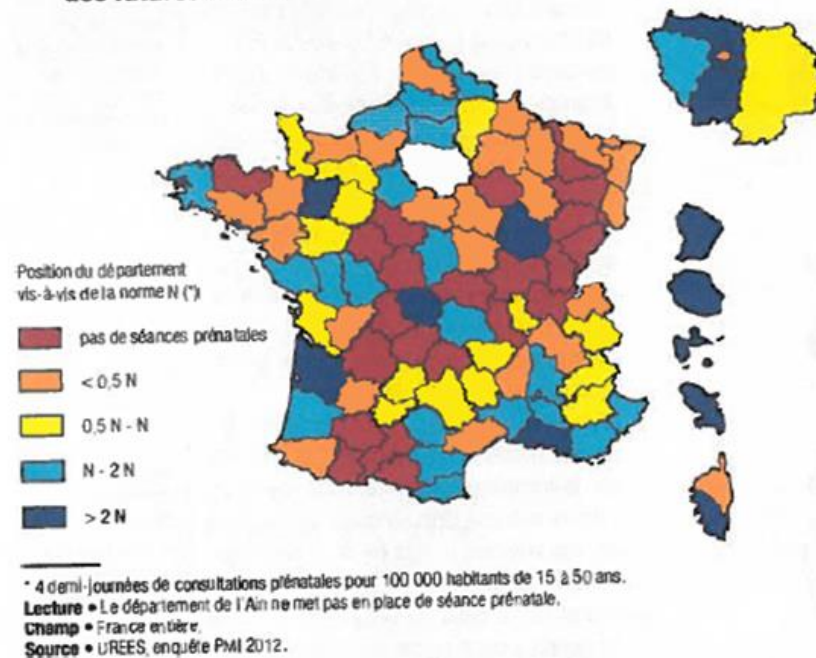
☒ CARTE 1

Respect de la norme relative au nombre de séances
consacrées aux enfants de moins de 6 ans



☒ CARTE 3

Respect des normes sur les actions prénatales en faveur
des futures mères



- ½ journée de cs pour 200 enfants nés vivants
années civiles précédentes
- 4 ½ journées de Cs Prénatales pour 100 000
hab de 15 à 50 ans

PÉRINATALITÉ QUELQUES TEXTES ET RÉFÉRENCES

□ Plan périnatalité:

- 1970-1975.
- 1995-2000: objectifs :
 - *Diminuer mortalité maternelle de 30%; Diminuer mortalité périnatale de 20%*
 - *Diminuer de 35% MSN*
- 2005-2007: objectifs:
 - *Réduire mortalité périnatale à 5,5/1000 et mortalité maternelle à 5 pour 100 000*
 - **Humanité, proximité, sécurité, qualité**
 - *Objectif 2.3: par plus de proximité: par le service de PMI acteur-clé du réseau de périnatalité*
- Evaluation du plan mai 2010:
 - *Le plan a joué un rôle très limité dans le renforcement de la prise en charge des femmes et des couples les plus en difficulté au regard de leur **accès aux droits et aux soins***
 - *Le plan n'a pas permis de rendre le **système d'information**, périnatal plus performant*

« La remobilisation de l'ensemble des acteurs s'impose... » (rapport CDC 2012)

- Renforcement de la prévention et en 1^{er} chef en direction des femmes en situation défavorisée.
- Nécessité d'une meilleure articulation des différents professionnels de santé intervenant dans les maternités publiques et privées.
- Réaffirmation du rôle et des missions PMI.

PÉRINATALITÉ QUELQUES TEXTES ET RÉFÉRENCES

□ ***Loi protection enfance 2007: reprend pour partie terme plan périnatalité 2005-2007***

- Prévention en périnatalité +++: « détecter les situations de détresse ».
- entretien « psychosocial » au cours 4^{ème} mois de grossesse.
- Action domicile femme enceinte.
- Actions médicosociales post natale.

□ ***Schéma régional de prévention 2012-2016 : « femmes enceintes – parents petits enfants »***

- Réduire les effets négatifs des inégalités socio-économiques sur la santé en intervenant durant la grossesse, tout au long de la période néo natale et auprès des enfants (0 à 6 ans) et de leurs parents.
- Le temps de la grossesse doit être une porte d'entrée dans un dispositif plus global que le suivi médical où chaque acteur doit trouver sa place au-delà de représentations connotées sur la psychiatrie ou la PMI par exemple.

DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL PÉRINATALITÉ : ENJEUX MEDICO-SOCIAUX

☐ *Vulnérabilité liée à la naissance.*

- ✓ Remise en jeu d'équilibres
 - Affectifs, « devenir parent »
 - Sociaux (habitat, famille...)
 - Financiers
 - Santé (grossesse pathologique, maladie initiale...)

☐ Vulnérabilité préalable à la naissance

- ✓ Remise en jeu d'équilibres **précaires**
 - Affectifs
 - Sociaux (habitat, famille...)
 - Financiers
 - Santé
- ✓ Spécificité du contexte « psychiatrique ».
 - Décompensation
 - Fréquence du contexte psycho- social

☐ Risque de suivi désorganisé (social et médical), problèmes d'accès aux soins, voire risque de « décompensation sociale »...

DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL PÉRINATALITÉ : OBJECTIFS

- ❖ *Mettre en place des mesures de prévention en faveur de l'ensemble des familles autour de la naissance (mise à disposition de la PMI pendant la grossesse, à la maternité, au retour du foyer ; dispositif TISF en périnatalité).*
- ❖ *Développer et renforcer l'intervention en direction des femmes en situation défavorisée ou de vulnérabilité, par une prise en charge médico psycho sociale efficace, précoce et coordonnée avec les différents acteurs (hospitaliers, libéraux...) et avec des outils adaptés aux différentes situations.*

DISPOSITIF DÉPARTEMENTAL PÉRINATALITÉ (3) : À PROPOS DE QUELQUES DISPOSITIFS

- ✓ Déclaration de grossesses et mises à disposition
- ✓ EPP
- ✓ Liaisons et VAD
- ✓ Consultations pédiatriques
- ✓ Consultations de PDE
- ✓ LAEP/LAPE
- ✓ TISF
- ✓ Le premier certificat de santé (Cs 8)
- ✓ D3P
- ✓ Structures d'accueil mère-enfant ou parents-enfants

PLACE DAS LA PMI DANS LE CHAMP DE LA PÉRINATALITÉ :

**Des dispositifs de soutien à la parentalité à mieux
valoriser**

Madame D, âgée de 27 ans, G2P1, un premier enfant de 3 ans 1/2.

Antécédents:

- Syndrome dépressif sévère en période post-natal.
- Actuellement suivie en CMP adulte (*dernière consultation , il y a 6 mois*).
- Vit sur Marseille, mère isolée (*3^{ème} étage sans ascenseur*).

Déclaration de grossesse faite au 5^{ème} mois de grossesse par le médecin traitant.

La patiente au 6^{ème} mois de grossesse *contacte son psychiatre*.

Le psychiatre contact **la sage-femme de PMI** du territoire afin de mettre en place un suivi de grossesse et un accompagnement médico-psychosocial.

- *1^{ère} visite à domicile* de **la sage-femme** réalisation d'un monitoring.
- *Orientation* sur **la maternité du territoire** afin de mettre en place un suivi obstétrical conjointement avec **l'équipe de Pmi** et *maintien de visite à domicile de sage-femme hebdomadaire.*

Au 8^{ème} mois grossesse d'évolution normale sur le plan obstétrical. *Par contre troubles anxieux se majorant.*

- *Proposition de présentation de la situation* avec accord de la patiente dans le cadre **du staff médico-psychosocial** sur la maternité du territoire.
(Présence psychiatrie liaison, équipe pédopsychiatrique du territoire , équipe maternité médicale et sociale, équipe PMI sage-femme , puéricultrice et médecins.)
- *Réflexion sur les conditions d'accouchement et de séjour* en maternité et *proposition de soutien à la parentalité en post-natal.*

- À 8 mois 1/2 VAD conjointe **SF/PDE PMI**
- Accouchement par VB à terme.
- Retour à domicile à J 4 avec liaison Pmi et proposition **d'une TISF** dans le dispositif 20h périnatalité.
- À J 6 VAD **PDE PMI**
- **Mise en place TISF** périnat à J10
- Suivi médical NN conjointement **médecin traitant** et **Médecin et PDE PMI** consultation et VAD)

- Relai **TISF droit commun** à 2 mois.
- Poursuite du **suivi CMP adulte**.
- A 8 mois, orientation vers **un LAEP** en vue socialisation à temps partiel en crèche à 1 an (reprise travail à temps partiel)

Au total, évolution favorable sur le plan relation mère/ enfant.

Mobilisation pluri-partenariale des dispositifs de soutien à la parentalité.

En conclusion:

- Orientation anténatale par la psychiatrie de secteur vers la PMI.
- Articulation anté et postnatale dans le cadre de la préparation d'un retour à domicile.
- Présentation de situation dans le cadre du staff médico-psycho-social avec présence de l'ensemble des intervenants.